Czasopismo Lekarskie
VII. 1905. Styczeń 1

O nowych postaciach wysypek ostrych u dzieci.

„Choroba czwarta“ Dukesa i Megalerythema epidemicum s. Erythema infectiosum.

Skreślił Dr. Józef Brudziński (Łódź).

Fiłatow na zakończenie swej pracy, uzasadniającej odrębność kliniczną t. zw. rubeola scarlatinosa, wypowiedział w roku 1885 zdanie, że sprawa odrębności tej choroby rozstrzygnięta być może przez lekarzy, czynnych w wielkich pensyonatach; choroba ta bowiem jest tak lekką, że najczęściej do rąk lekarza się nie dostaje. Jakby na potwierdzenie tych słów lekarz angielski Dukes w r. 1900 ogłosił pracę p. t. „On the confusion of two different diseases under the name of rubella“, w której dowodzi odrębności ostrej choroby wysypkowej, bardzo podobnej do lekkiej szkarlatyny, nadając jej miano „Fourth disease“—Choroba czwarta. Wnioski swe wysnuwa na zasadzie spostrzeżeń poczynionych podczas epidemii panujących w wielkich pensyonatach szkolnych. Dukes nie znał nawet pracy Fiłatowa i autorów, którzy w tej kwestyi pisali na kontynencie, zupełnie nie przytacza. Dla tego też nie spotykamy w pracy jego nawet nazwy „Rubeola scarlatinosa“; może temu zawdzięcza Dukes, że praca jego nie przeszła bez echa, sama bowiem nazwa rubeola scarlatinosa używana przez dawnych autorów w przeciwieństwie do rubeola morbilosa wprowadzała nieporozumienie.

Dowodzeniu Fiłatowa brak było jednego oparcia: dowiódł on, że przypadki jego nie były szkarlatyną, spostrzeżenia jego jednak nie mówiły, czy nowa postać wysypki jest odrębną od różyczki t. j., czy występuje u dzieci, które przechodziły różyczkę. W tej kwestyi znajdujemy dane w pracy Kramsztyka, który wyraźnie wspomina, iż spotykał wysypkę nazwaną przez Filatowa rubeola scarlatinosa i u dzieci, które świeżo pod jego obserwacyą przechodziły różyczkę (rubeola). Kramsztyk zaznacza, że jest to postać od różyczki zupełnie odrębna, przed wyodrębnieniem tej postaci chorobowej K. cofa się jednak, zaliczając ją do przejawów influenzy. Podjął tę kwestyę, jakeśmy nadmienili, Dukes, który podczas epidemii w pensyonatach spostrzegał jednocześnie przypadki szkarlatyny, różyczki i „choroby czwartej“. Chorobą czwartą zarażały się dzieci, które świeżo szkarlatynę przechodziły, jak również takie, które przechodziły różyczkę i naodwrót. Szkarlatyna wybuchała w pensyonacie z przerwami 2—3 dniowemi, gdy choroba czwarta miała okres wylęgania od 9—21 dni, przeciętnie 14—15. Dzieci z wysypką czwartą izolowano tylko na 14 dni i wypadków zarażenia się nie było. Dukes uważa tę chorobę za zupełnie odrębną od różyczki i szkarlatyny i charakteryzuje ją w sposób następujący. Objawów zwiastunnych w większości przypadków nie bywa, w przypadkach cięższych wysypkę poprzedzają dreszcze, mdłości, ból głowy, brak apetytu. Najczęściej pierwszym zwiastunem choroby bywa wysypka, która w przeciągu kilku godzin pokrywa całe ciało. Wysypka jest drobną gęstopunkcikowata, bladoróżowa, prawie nie wystająca nad powierzchnię skóry.

Na twarzy wysypka słabiej występuje, okolicę warg i skrzydeł nosa zazwyczaj omija. Gardło bywa zaczerwienione; język, nieco obłożony, odcienia malinowego jak w szkarlatynie nigdy nie miewa. Łącznice oka zlekka przekrwione. Gruczoły szyjowe boczne i tylne powiększone, ale nie w tym stopniu, jak w różyczce.

Wysypka szybko blednie, poczem następuje okres łuszczenia delikatnego. Weaver nie wspomina o łuszczeniu w swoich przypadkach. Fiłatow wspomina, że u kilku chorych, których obserwował, łuszczenia nie było, ale nie zaprzecza, że może występować łuszczenie, zwłaszcza miejscowe.

Następczego zapalenia nerek *nie spostrzegano nigdy*, czasami tylko przemijający szybko białkomocz. Stan ogólny bywa dobry. Tętno mało przyspieszone. Ciepłota najczęściej zaledwie bywa podniesiona. Nawet przy bardzo silnej wysypce Dukes

nie spotykał t° wyższej nad 104° F. i to krótkotrwałej. Niebezpieczeństwo zarażenia, niezbyt wielkie w początkowym okresie, po 2—3 tygodniach znika zupełnie. Chory może wstać na 5—6 dzień; po 2—3 tygodniach bez najmniejszego niebezpieczeństwa dla innych wyodrębnienie może być przerwane. Jak widzimy, podobieństwo do szkarlatyny lekkiej, poronnej jest wielkie, są jednak i różnice: brak powikłań, względnie krótki okres zaraźliwości i, co najgłówniejsze, długi w porównaniu ze szkarlatyną okres wylęgania.

Niezależnie od Dukesa doszedł do tych samych wniosków drugi lekarz angielski Weaver. Zastanowił go fakt rzekomych nawrotów szkarlatyny, powtarzający się w kilku przypadkach podczas epidemii w szpitalu, z gorączką i nową wysypką.

Dalsze doświadczenie oparte na 14 przypadkach szczegółowo obserwowanych w szpitalu zniewoliło go do uważania tych nawrotów za chorobę odrębną.

Jeżeli porównamy opis choroby czwartej podany przez autorów angielskich z opisem Fiłatowa, to przyjść musimy do wniosku, że autorowie ci mówią o tych samych postaciach chorobowych, tem więcej, że każdy z nas z pewnością widywał często podobne przypadki, uważał je jednak za lekkie postaci szkarlatyny. Zastosować się tu da zdanie, które w swoim czasie wypowiedział Boulloche podczas sporów o odrębność różyczki—„il est indispensable de penser à la rubeole, pour ne pas la méconnaitre“. Trzeba mieć na mysli możliwość odrębnej postaci chorobowej, by takich przypadków o lekkim przebiegu z wysypką podobną do szkarlatynowej, nie zaliczać do łagodnych postaci szkarlatyny. To samo zdanie wypowiada Bókay w pracy swej o chorobie Dukesa. Bókay przypomina, że nie Dukes pierwszy opisał tę chorobę, lecz Fiłatow, i proponuje, by choroba ta, o ile odrębność jej przez spostrzeżenia dalsze zostanie potwierdzona, nosiła miano „choroby Dukes-Fiłatowa“.

W kwestyi zbierania dalszych spostrzeżeń zaznaczyć wypada, że z poszczególnych przypadków lekkich podczas epidemii szkarlatyny, należy bardzo ostrożnie wyciągać wnioski, zdarzają się bowiem i nawroty szkarlatyny; dopiero, gdy podczas epidemii zdarza się dużo przypadków takich, że dzieci, które już przechodziły szkarlatynę, zapadają na wysypkę o przebiegu zawsze lekkim, można myśleć o chorobie czwartej. Z poszczególnych objawów na korzyść szkarlatyny a przeciw chorobie czwartej przemawiają na pierwszy lub drugi dzień—wyraźna angina i ciepłota znacznie i trwale podniesiona powyżej 39°, na trzeci—czwarty dzień te same objawy i język szkarlatynowy, w późniejszym okresie powikłania, rozległe łuszczenie, następcze zapalenie nerek.

Do kategoryi „rubeola“ pod nazwą „Oertliche Röthein“ zaliczano w swoim czasie (Tschamer, Gumplowicz) ostrą chorobę wysypkową, którą ostatniemi czasy wyodrębniono pod nazwą Erythema infectiosum (Sticker, Schmid, Escherich) lub Megalerythema epidemicum (Plachte).

Za odrębnością tej choroby przemawiają—na zasadzie swych spostrzeżeń w Wiedniu podczas tegorocznej epidemii — Escherich i Pospieschill. Wszyscy autorowie zgadzają się w opisie tej postaci chorobowej, obserwowanej w różnych miastach (Giessen, Grac, Wiedeń).

Choroba występuje co kilka lat w postaci epidemicznej, często tak jak i różyczka towarzyszy epidemii odry. Ze względu na łagodny przebieg i ta postać chorobowa najczęściej spostrzegać się daje w szkołach, pensyonatach, ogródkach dziecięcych, gdzie istnieje stały dozór lekarski. Co do wieku najczęściej zapadają dzieci pomiędzy 4 a 12 rokiem, choroba ta szerzy się drogą jakiegoś zarazka, który zdaje się jednak nie posiadać wysokiego stopnia zaraźliwości. Okres wylęgania w przypadkach dokładniej obserwowanych wynosił 6—14 dni. Wybuch wysypki poprzedza niekiedy lekka niedyspozycya, bladość ból gardła, najczęściej jednak stan ogólny dzieci podczas całego przebiegu choroby bywa zupełnie normalny i wysypka stanowi jedyny objaw choroby. Zmian na błonach śluzowych, jako objawu stałego, nie bywa. Wysypka zajmuje wyłącznie skórę—zaczyna się na twarzy od intensywnego zaczerwienienia policzków z pewnem stwardnieniem, które prawie jak przy róży ostrą linią odcina się od fałdy noso-wargowej i okolicy podbródka. Rzadziej spotyka się plamy o nieregularnych konturach. Zaczerwienienie i obrzmienie policzków zmniejsza się w okolicy ucha i kończy się tam zygzakowatą, nieco wyniosłą linią. Te objawy na twarzy, które często przez matki uważane bywają za specyalnie dobry wygląd dziecka z rumieńcami, są pierwszym, najstalszym i najcharakterystyczniejszym objawem tej choroby. Oprócz tego na czole i w okolicy uszu występują oddziel-

ne duże plamy barwy fioletowawo-czerwonej. Takie same plamy występują na kończynach, które bywają zwykle najwięcej zajęte wysypką. Na powierzchni wyprostnej kończyn górnych wykwity oddzielne przeważnie zlewają się, w innych miejscach widać je oddzielnie. Na kończynach dolnych okolica pośladkowa bywa najwięcej zajęta wysypką gruboplamistą, zlekka wyniosłą, która przechodzi głównie na tylne pewierzchnie kończyn dolnych. Najmniej plam spotyka się na tułowiu, często bywa on nawet zupełnie wolny od wysypki. Wysypka trwa sześć do dziesięciu dni. Schodzi najpierw na twarzy i na tułowiu, najdłużej trwa na kończynach dolnych, tam powoli zatracają się najpierw ostre kontury i wyniosłość plam i skóra przybiera charakter cutis marmorata, co pozostaje jeszcze przez czas dłuższy.

Pospischill, który podaje opis wysypki zgodnie z Escherichem dodaje, iż spostrzegał w swych czterech przypadkach powiększenie gruczołów i obrzmienie śledziony; zaznacza on wyraźnie, że choroba ta nie ma nic wspólnego z odrą i różyczką. Choroba ta spotyka się u dzieci, które już przeszły odrę i szkarlatynę i często bywa uważaną za nawrot odry lub szkarlatyny. Wykazanie odrębnej natury tej choroby ma doniosłe znaczenie ze względu na izolacyę i uczęszczanie do szkoły rodzeństwa i samego chorego. Rodzeństwo dzieci chorych na erythema infectiosum, jeżeli jest oddzielone w mieszkaniu, może uczęszczać do szkoły, a same dzieci chore z chwilą zniknięcia wysypki na twarzy mogą również chodzić do szkoły bez żadnego niebezpieczeństwa dla współtowarzyszów.

Wyodrębnienie „choroby czwartej“ i Erythema infectiosum, któraby w takim razie była już piątą chorobą w rzędzie chorób ostrych wysypkowych wieku dziecięcego, nie jest jeszcze ustalone.

Przemawiają za tem jednak spostrzeżenia już dość liczne, by na te choroby zwrócić uwagę świata lekarskiego i dalszemi spostrzeżeniami przyczynić się do rozstrzygnięcia sprawy.



Sześć przypadków włośnicy

Podał Dr. **Józef Zenczykowski** (Płock).

Epidemie i endemie trychinozy zdarzają się u nas nader rzadko, rzadko też w piśmiennictwie lekarskiem polskiem spotykają się opisy tej choroby. Autorowie w opisach tych zwracają głównie uwagę na biologię trychin, na zmiany anatomopatologiczne w mięśniach zwierząt i ludzi, zarażonych trychninami, i na środki zaradcze przeciw zarażaniu się włośnicą; strona zaś kliniczna włośnicy była, zdaje się, uwzględniona zaledwie raz jeden przez kolegów M a y b a u m a i S. S t e r l i n g a, którzy ogłosili spostrzeżenia swoje o panującej w Łodzi w roku 1896 włośnicy w „Gazecie lekarskiej“ (1897. №№ 8 9 i 10).

Idąc za przykładem wspomnianych kolegów, uważam za stosowne powiadomić Szanownych panów o obserwowanych przezemnie przypadkach, tem więcej, że były one bardzo ciężkie i w przebiegu w wielu razach różniły się od opisanych przez M. i S. Choroba, o której mówić mi wypadnie, nawiedziła rodzinę kolonistów niemieckich, mieszkających po części w Płocku a po części w kolonii Chełpowie pod Płockiem. Badani przezemnie chorzy byli stałymi mieszkańcami Płocka i zajmowali wspólne mieszkanie.

Przypadek 1. D. 29 II. r. b. wezwano mię do chorej D. D., trzydziestoczteroletniej kobiety, która od czterech tygodni cierpi na rozwolnienie i codziennie wzmagający się upadek sił Wypróżnienia 20—30 razy na dobę wodniste, zielonawe, mocno cuchnące. Badanie mikroskopowe drobnej ilości osadu ze stolca nic osobliwego nie wykazało. Granice pęcherza moczowego nie dają się określić przez opukiwanie. Za pomocą kateteru udaje się wypuścić zaledwie kilka centymetrów sześciennych moczu. Mocz chora zwykle oddaje razem ze stolcami. Poleciłem pacyentce zbierać mocz oddzielnie w ciągu 24-ch godzin. Przez czas ten zebrała około 50 ct. sz uryny. Mocz barwy ciemno-bronzowej daje z lakmusem odczyn kwaśny, białka nie zawiera. Z moczu nieznaczny osad, składający się głównie z soli fosforowych. Trudności w urynowaniu chora nie doznaje.

Język suchy, koloru malinowego. Odruchów kolanowych brak, odruchy łącznicy wzmożone. Ciepłota normalna. Tętno miernego napięcia, około 90 uderzeń na minutę. Płuca, serce, wątroba i śledziona bez widocznych zmian chorobowych. Mięśnie przy dotykaniu nie bolesne. Chora skarży się na brak snu i apetytu, na uczucie palenia w piersiach i ogromne pragnienie. Przez czas choroby, jak mówią otaczający, bardzo zeszczuplała. Leczona była przez jednego

z kolegów bismutem i salolem, lecz rozwolnienia to nie wstrzymało.

Głowną uwagę zwrócilem na katar kiszek, przeznaczyłem przeto 5 proszków kalomelu po 0,05 (co 2 godz. proszek) jako laxaus desinfecans, a po trzech dniach receptę następującą: Rp. Bismuthi subnitrici 2.0, Opii pulv. 0.03, Benzonaphtoli 0.5 Mfp. Dtd № 12, S. 3 razy dziennie po proszku.

Chora wyżyła proszki, lecz stan jej wcale się nie poprawił. Zaordynowałem powtórzenie proszków i prócz tego przepłukiwanie kiszek 3 razy dziennie rozczynem natri biborici i natri bicarbonic: (aa, 2 łyżeczki na $^1/_2$ garnca wody letniej). Dyeta wyłącznie mleczna.

Dnia 10 III r. b. wypróżnień było 16. Pacyentka spała w nocy $2^1/_2$ godz. Osłabienie bardzo mocne: chora nie może o własnych siłach poruszyć się na łóżku. Zaleciłem wypić szklankę kakao. D. 12 III Wyprożnień 17. Moczu wciągu doby 120 ctm. sz. Zaleciłem kilka szklanek kawy czarnej. D. 15. III. Wypróżnień 12. Moczu 270 cnt. sz. W nocy spała 5 godzin. Czuje się nieco silniejszą. Proszki stale używa. Zaleciłem 2 jajka na miękko dziennie. D. 20. III. Wypróżnień 7. Wygląd zewnętrzny stolca i zapach, jak przedtem. Język wilgotniejszy, ale jeszcze malinonowy. Moczu 520 ctm. sz. Sypia dobrze. Zmienia dowolnie położenie na łóżku, a nawet o własnej sile siada na łóżku. Do wyżej wymienionej dyety dołączyłem kotlet cielęcy skrobany. Kiszki stale przemywa. D. 22. III. Wypróżnień 5 dziennie. Moczu 800 ctm. sz. Zaczyna już chodzić, lecz męczy się prędko. 24,III. Wypróżnień 5. Moczu 600 ctm. sz. Dnia tego wyjechała do Chełpowa. D. 16,IV stolec wciąż wodnisty, ale bywa wszystkiego 2—3 razy na dobę. Język barwy normalnej. Stan ogólny zadawalający. Pacyentka dużo chodzi, gdyż niema jej kto zastąpić w gospodarstwie. D. 24,IV. Powłoki i łącznica blade. W sercu szmery anemiczne. Kończyny dolne obrzmiałe od stóp do kolan. Stolec 3 razy dziennie: rano twardszy, wieczorem wodnisty. Od tygodnia przestała brać proszki i robić przepłukiwania kiszek. Od dwóch tygodni zarzuciła dyetę i jada tak, jak dawniej, kiedy była zdrową. Apetyt ma dobry. Zaleciłem arszennik z żelazem. D. 3,V. Obrzęków niema. Szmery w sercu mniej wyraźne. Wypróżnienia, jak przedtem (2—3 wodniste). D. 9,V. Szmerów w sercu niema. Wypróżnienia 2 dziennie normalnej konsystencyi. D. 17,V. Zupełnie zdrowa, ale odruchy kolanowe b. nieznaczne. D. 2,VI St. id.

Przypadek II. M. E. lat 72, zachorowała dnia 3. III. na rozwolnienie. Zapach i wygląd stolców, jak w pierwprzypadku. Chora skarży się na bezsenność, brak apetytu i silne pragnienie Przy badaniu znalazłem: arteriosclerosis, miocarditis i w nieznacznym stopniu emphysema pulmonum. Odruchy, jak u chorej D. D. Język suchy, obłożony. Koniec i boki języka koloru malinowego. Ciepłota rano 37,°2 wieczorem 38,°0. Pulsus irregularis, inaequalis, czasami coturnisans. 110 do 116 uderzeń na minutę. R=26—27. Żadnych bólów nie odczuwa. Pacyentka nie zgadza się na żadną terapię: „Nic mi nie pomoże, zresztą czas umierać.

D. 4. III. Osłabienie ogromne. Wypróżnień w ciągu 24 godzin było 22. Moczu zebrała 65 cm. sz. Mocz, jak w pierwszym przypadku. T. 37°,3 rano i 37°,5 wieczorem. P. 120. P. rano 29. D. 5. III. St. id. D. 6. III. Wypróżnień 28. Moczu 30 ct. sz. Chora nie ma sił poruszyć się na łóżku. T. rano 36,°5, wieczorem 36,°8. P. 120 rano. R. 34. Zgodziła się przyjmować koffeiny do wewnątrz (1,0 pro die). D. 8. III. Wypróżnień 20. Pęcherz moczowy pusty. Ciepłota normalna. P. 123. R. 28. 15. III. Wypróżnień 16. Mocz oddaje pod siebie bezwiednie. Na pośladkach decubitus. Ciepłota normalna P. 116. R. 30. W nocy nie sypia. Prócz zimnej wody nic nie przyjmuje. 17. III. Stolce i (być może) mocz oddaje czasem bezwiednie pod siebie. Pęcherz pusty. T. 36°,2. P. 100 ledwie wyczuwalny. Zastrzyknąłem 0,2 koffeiny. 23. III. Od wczoraj semnolentia. W dolnych częściach płuc ztyłu drobnobańkowe rzężenia. T. 36°,8 rano i 37°,0 wieczorem. P. 130 ledwie wyczuwalny. 27. III. Wystąpiły na całem ciele, a głównie na twarzy, różnej wielkości czerwone plamy o nieprawidłowych konturach. Przy przyciskaniu palcem plamy bledną, ale wkrótce barwa ich powraca do stanu pierwotnego. T. rano i wieczorem 37°,0. Od d. 18 III. zastrzykuję 3 razy dziennie po 0,2 koffeiny.

D. 28. III. Sopor. T. rano 36,°8, wiecz. 37°,2. P. 130. R. 30. D. 29 III. Plamy na kończynach i tułowiu zginęły, na twarzy i szyi wyraźnie zbladły. T. rano i wieczorem 37°,2. Puls prawie niewyczuwalny. Rzężenia w płucach słychać na odległość. Usta otwarte. Język suchy, popękany. D. 30. III. Wysypki niema. Wypróżnienia bezustannie oddaje pod siebie. Pęcherz pusty. T. rano 36°,2, wieczorem 36,°3.

Chora poci się obficie. Puls niewyczuwalny. D. 31. III. T. rano 36°,0 wieczorem 36°,2. Palce kończyn górnych i dolnych sine. Oddech typu Cheyne-Stokes'a. Dnia 1. IV. o god. $2^{1}/_{2}$ po północy — mors

(Odwiedzająca te chore pani S. zachorowała na takąż biegunkę i udała się po poradę do kol. Jurzyńskiego: ku końcowi piątego tygodnia choroby zmarła. Służąca, która usługiwała chorym, po zjawieniu się pierwszych objawów choroby, udała się na wieś do swoich rodziców, i, jak dowiedziałem się, stan jej zdrowia był b. ciężki, lecz koniee końców wyzdrowiała).

Przypadek III. F. G., lat 30 zachorował na biegunkę 10. III. Przeznaczyłem kalomel. D. 12. III. W stolcach nic osobliwego przy badaniu drobnowidzowem. W moczu białka niema, cylindrów i cukru również. Pacyent czuje się bardzo osłabionym. D. 13. III. Wypróżnień 23 w ciągu zeszłej doby. Wypróżnienia wodniste, bardzo cuchnące. Moczu zebrał przez 24 godzin 60 cm. sz. Język suchy, malinowy. Odruchy kolanowe zniesione. Odruchy łącznicy wzmożone. Chory chodzić nie może zpowodu osłabienia. Skarży się na bezsenność i ogromne pragnienie Status afebrilis. D. 14. III. Wypróżnień 25. Moczu, jak zapewnia, wcale nie oddawał. T. rano 37°,3, wieczorem 37°,8. P. wieczorem 100. Przepisałem bismut z salolem. D. 15. III. Wypróżnień 25. Moczu 40 cm. sz. Z tyłu w dolnym płacie lewego płuca słychać trzeszczczenia i oddech oskrzelowy. Chory skarży się na kłucie w lewym boku i suchy kaszel. T. rano 37°,9, wieczorem 38°,2. Puls rano 108, wieczorem 120. D. 16. III. Wypróżnień 20. Moczu 50,0. W zajętem płucu wyraźne stępienie. Granice stępienia: ku wewnątrz—linea vertebralis, ku górze — dolna granica 7-go żebra, ku zewnątrz — linea axillaris anterior; dolna granica stępienia odpowiada granicy płuca. T. rano 39°,5, wieczorem 40°,0. Puls rano 120, wieczorem 126. R. wieczorem 36. D. 17. III. Wypróżnień 23. Moczu nie oddawał. Pacyent wysoce osłabiony: nie może poruszyć się na łóżku. Skarży się na męczący suchy kaszel. Flegma rdzawa w skąpej ilości. T. rano 39°,6, wieczorem 40°,2. P. rano 123, wieczorem 130. R. rano 36. D. 18. III. St. id. Przepisałem infus Ipecac. jako expectorans. D. 19. III. Wypróżnień 18. Moczu 75 cm. sz. bez białka. Nieustający suchy kaszel ze skąpą rdzawą flegmą. Chory od kilku dni nie śpi. T. rano 39°,8, wieczorem 40°,4. P. rano 126, wieczorem 134. R. rano 34. Zastrzyknąłem o godz. 8-ej wieczorem 0,01 morfiny· D. 20. III. Całą noc kaszlał. Wypróżnień w ciągu doby 26. Moczu nie było. Pęcherz pusty. T. rano 38°,7, wieczorem 39°,8. P. rano 120, wieczorem 118. R. wieczorem 30. D. 21. III. Wypróżnień 20. Moczu nie oddawał. W zajętym płucu słychać drobnobańkowe rzężenia. Kaszel częsty, męczący. T. rano 39°,2, wieczorem 40°,0. P. rano i wieczorem 124. R. rano i wieczorem 28. Na noc znów zastrzyknąłem 0,01 morfiny. D. 22. III. Po iniekcyi spał 4 godziny. Wypróżnien 16. Moczu 65,0. Flegmy nieco więcej, niż dotąd. .T. rano 39°,3, wieczorem 38°,8. P. rano 120, wieczorem 116. R. rano 30. Przeznaczyłem decoctum Quilajae. D. 23. III. W nocy nie spał. T. rano i wieczorem 39°,0 P. 114. Wieczorem iniekcya 0,01 morfiny. D. 24. III. W nocy spał 3 godziny. Flegma rdzawa w dość dużej ilości ($^{1}/_{2}$ szklanki przez dobę). Choremu łatwiej odkaszlnąć flegmę. Wypróżnień 14. Moczu 100 ctm. sz. T. rano 38,°5, wieczorem 38°,6. Puls rano i wieczorem 116. R. 26. Znów iniekcya 0,01 morfiny na noc. D. 25. III. Spał dość dobrze przez 5 godzin. Kaszel mniejszy. Flegma przeważnie śluzo-ropna w obfitej ilości. Wypróżnień 15. Moczu 80,0 T. rano i wieczorem 38°,5. P. rano 112, wieczorem 110. R. rano 28. D. 26. III. Nie spał w nocy. Wypróżnień 12. Moczu 130 ctm. sz. T. rano 38,°2, wieczorem 38°,6. P. rano 110, wieczorem 116. R. wieczorem 26. Chory skarży się na ból w łydkach przy dotyku. D. 27. III. St. id. D. 28. III. W nocy znów nie spał. Kaszel znacznie mniejszy. Przy kaszlu kłucie w lewym boku. Granice stępienia, jak przedtem. Bóle w łydkach przy ucisku palcem większe. Wypróżnień 11. W stolcach, makroskopowo i mikroskopowo badanych, nic osobliwego nie wykryto. Moczu 155 ctm. sz. bez białka. T. rano 38,°1, wieczorem 38,°3. P. rano 106, wieczorem 112. R. wieczorem 22. Wyznaczyłem 1,0 sulfonalu na noc. Dyetę (mleko pod różnemi postaciami, herbata, kawa, kakao, rosół, kleik, sok mięsny, lemoniada, woda sodowa, wino czerwone, jaja na miękko) chory ściśle przestrzega od początku choroby. D. 29. III. W nocy nie spał. Nogi skurczone w kolanach. Przy wyprostowywaniu nóg chory krzyczy z bólu. Flegma bez widocznych śladów krwi. W płucach bez zmiany. Wypróżnienia 8. Moczu 220 ctm. sz. T. rano i wieczorem 38°,2. P. rano 112, wieczorem 108. R. rano 24. D. 30. III. Nie spał w nocy. Na-

rzeka na ból w łydkach. Zauważyłem decubitus na crista ossis sacri. Wypróżnień 10. Moczu 240. T. rano i wieczorem 38,°1. P. rano 110, wieczórem 108. R. rano 22, wieczorem 20. Przeznaczyłem 0,5 weronalu. D. 31. III. Spał po weronalu 2 godz. Wypróżnień 9. Moczu 290 ctm. sz. T. rano 37°,8, wieczorem 38,°4. P. rano 104, wieczorem 110. R. rano 18 wieczorem 20. Rana na krzyżu obmyta sublimatem, nałożono maść (bismuthi tannici 2,0, vaselini 20,0) i opatrunek. Poleciłem choremu leżeć na kółku gumowem. D. 1. IV. W nocy nie spał. Kaszel z obfitą flegmą. W płucach bezmiany. Wypróżnień 7. Moczu 330 ctm. sz. T. rano i wieczorem 38,°0. P. rano 110, wieczorem 112. R. rano i wieczorem 24. Zmieniłem opatrunek. D. 2. IV. W nocy nie spał. Bolesność łydek b. silna. Wypróżnień 6. Moczu 300 ctm. sz. T. rano 37,°8, wieczorem 38°,3. P. rano i wieczorem 108. R. rano 22, wieczorem 24. Zastrzyknąłem 0,01 morfiny. D. 3. IV. Spał po injekcyi 3 godziny. Wypróżnień 7. Moczu 360 ctm. sz. T. rano i wieczorem 37°,8. P. rano 108, wiecyorem 106. R. rano 18, wieczorem 24. Zapisałem natrium salicylicum, co 2 god. proszek po 0,5. D. 4. IV. Wypróżnień pięć. Moczu 400 ctm. sz. T. rano 37,°9, wieczorem 38,°0. P rano 110, wieczorem 108. R rano i wieczorem 20. Bóle w łydkach nie zmniejszają się. Chory w nocy nie spał. Znów iniekcya morfiny. D. 5. IV. Wypróżnień pięć. Moczu 420 ctm. sz. T. rano 37°,5, wieczorem 38,°0. P. rano i wieczorem 104. R. rano 19, wieczorem 22. W nocy spał 4 godziny. D. 6. IV. W nocy nie spał. Wypróżnień sześć. Moczu 460 ctm. sz. W płucach bez zmiany. Chory skarży się na uczucie obecności piasku pod powiekami. Pacyenta razi światło. Naczynia łącznic nastrzyknięte. T. rano 37,°5, wieczorem 37,°8. P. rano 106, wieczorem 108. R. rano i wieczorem 20. Poleciłem zasłonić okna i zapuszczać do oczu 3 razy dziennie 0,5°/₀ roczczyn siarczanu cynku.

D. 7. IV. Wypróżnień pięć. Moczu 500 ctm. sz. W nocy spał 3 godz. T. rano i wiecz. 37°,8. P. rano 108, wieczorem 110. R. rano 19, wieczorem 22. Codziennie zmieniam opatrunek. D. 8. IV. W nocy nie spał. Skarzy się na silny ból w łydkach i piętach. Wypróżnień cztery, takiej że konsystencyi i zapachu, jak dotąd. Moczu 560 ctm. sz. T. rano 38°,0, wieczorem 38°,3. P. rano i wieczorem 112. R. rano 20, wieczorem 23. Wyznaczyłem salol (0,5×5). D. 9. IV. W nocy nie spał. Silne bóle w łydkach, piętach i mięśniach ramion, wzmagające się przy ucisku i ruchach (aktywnych i pasywnych). Wypróżnień pięć. Moczu 580. Pragnienie bardzo silne. T. rano 38°,1, wieczorem 38°,4. P. rano 108, wieczorem 114. R. rano i wiecz. 22. Zastrzyknąłem 0,01 morfiny. D. 10. IV. W nocy spał 3 godz. Bóle nie zmniejszają się. Chory skarży się na uczucie palenia w gardle. Wypróżnień cztery. Moczu 560 ctm. sz. T. rano i wiecz. 38°,0. P. rano 112, wieczorem 108. R. rano 22, wieczorem 23. D. II. IV. W nocy nie spał. Choremu trudno odkaszlnąć flegmę. Kłucia przy kasżlu dziś nie czuje. W płucach słychać ronchi sonori, Granice stępienia w lewem płucu nie tak wyraźne, jak przedtem. Wypróżnień cztery. Moczu 600 ct. sz. T. rano 37,9, wieczorem 38°,2. P. rano 110, wieczorem 108. R. rano [1] wieczorem 21. Przeznaczyłem 3 razy dziennie po 15 kropel następującej mieszanki: hiq. ammon, T-rae stamonii, T-rae Opii simpl aa 5,0. D. 12. IV. W nocy spał 2 godz. Zapalenie łącznic minęło. Język nieco wilgotniejszy, lecz jeszcze mocno czerwony. Pacyent skarży się na ból gardła przy przełykaniu pokarmu i śliny. Takiż ból chory odczuwa przy przyciskaniu krtani palcem (zzewnątrz). Wypróżnień trzy Moczu 680 ctm. sz. T. rano 37°,6, wieczorem 38°,0. P. rano 106, wieczorem 108. R. rano 18, wieczorem 20. D. 13. IV. Nie spał w nocy. Bóle w łydkach mniejsze. Choremu łatwiej odkaszlnąć flegmę. W płucach między łopatkami średnio i drobnobańkowe rzężenia. Stępienie w lewem płucu mniej wyraźne. T. rano 37°,6, wieczorem 37°,8. P. rano i wieczorem 104. R. rano i wieczorem 18. D. 14. IV. Nie spał w nocy. Bóle w ramionach mniejsze. Skarży się na ból w uszach i osłabienie słuchu. Wypróżnień trzy. Moczu 750. T. rano 37°,6, wieczorem 38,°0. P. rano 104, wieczorem 108. R. rano 16, wieczorem 18. D. 15. IV. Spał 3 godziny. Bóle w mięśniach krtani mniejsze. Narzeka na ból gardła. Na podniebieniu miękkiem blado szara plamka. Rana na krzyżu zagojona. Wypróżnień 2. Moczu 820. T. rano i wieczorem 37°,7. P. rano 104, wieczorem 106. R. rano i wieczorem 18. D. 16. IV. Ból w prawem ramieniu minął. Przy przyciskaniu żwaczów — nieznaczna bolesność. Najwięcej choremu dokucza ból w uszach i piętach. Plamki na podniebieniu niema. Kaszel znacznie mniejszy. Wypróżnień trzy. Moczu 800 ctm. sz. T. rano 37°,2, tętno 102, oddechów 16. Poleciłem moczenie nóg w ciepłej wodzie i do wewnątrz kofeinę 0,6 pro die. Po południu pacyent

wyjechał do Chełpowa. D. 24. IV. Pozostał nieznaczny ból przy ucisku na lewą łydkę i prawy żwacz. Bóle w innych miejscach ciała, jakie przedtem były, zginęły. Przytępienia w lewem płucu niema. W dolnej połowie obu płuc średnio i drobno-bańkowe rzężenia Chory narzeka na kaszel. Flegma śluzo-ropna w obfitej ilości. Wypróżnienia 2 — 3 na dobę, takież jak przedtem. Moczu, jak mówi chory, ilość dostateczna. T. rano 36°,8. P.—100. R.—16. Pacyent czuje się nieco silniejszym. Przeznaczyłem solut. Fowleri we wzrastających dawkach. D. 1. V. Bólów żadnych niema. W płucach rzężeń niema. Kaszel bardzo nieznaczny. Flegmy mało. Język wilgotny, barwy normalnej. Wypróżnień 2 na dobę; wypróżnienia takiejże konsystencyi i zapachu, jak przedtem. Apetyt wzmożony. Pragnienie znacznie mniejsze. T. rano 36°,8. P. 86 R.—16. Pacyent znacznie silniejszy. D. 9. V. O własnych siłach rekonwalescent wstaje z łóżka. Znacznie zeszczuplał w czasie choroby; stracił na wadze 50 funtów. Stolec, temperatura i puls normalne. D. 17 V. Jeszcze bardzo osłabiony, ale już wychodzi do ogrodu i na ulicę. D. 1. VI. Czuje się zupełnie zdrowym.

Przypadek IV. E. G. lat 15, zachorował na rozwolnienie 13. III. Zastosowałem olej rycynowy. W chwilę po przyjęciu oleju (łyżka)—wymioty. Przeznaczyłem przeto kolomel. D. 14. III. Wypróżnień w ciągu doby 15. Wypróżnienia takież, jak w reszcie przypadków. Bólów żadnych nie odczuwa. Skarży się na ogólne osłabienie. Język wilgotny, nieco obłożony. T. rano 36°,7, wieczorem 36°,2. Tętno zrana 100, wieczorem 120, małe. D. 15 III. Osłabienie jeszcze większe. Wypróżnień 20. Pęcherz pusty. Moczu chory nie oddawał. Odruchy łącznicy wzmożone, odruchy kolanowe bardzo słabe. T. rano 36°,8, P. 100, T. wieczorem 36°,7, P. 98. Przeznaczyłem bismut i salol. D. 16. III. Chory o własnych siłach nie może poruszyć się na łóżku. T. rano 36°3. P. 110. O god. 2-ej po południu zaalarmowany zostałem „że chłopiec umiera“. Przybywszy zauważyłem, że chory ma nogi i ręce sine i zimne. Sinica dość jaskrawo wystąpiła też na nosie, uszach i czole. T. 35°,2. Tętno niewyczuwalne. Zastrzyknąłem 0,2 koffeiny pod skórę i przeznaczyłem wewnątrz kamforę. Prócz tego, zaleciłem gorące okłady na głowę. Mimo tak zastraszający stan chory był zupełnie przytomny. O god. 8-mej wieczorem—stan nieco lepszy. Sinica pozostała jeszcze na kończynach. T. 36,°1. P. 150 bardzo mały. Znów iniekcya koffeiny (0,2). D. 17. III. Sinica pozostała jeszcze na palcach rąk. Wypróżnień w ciągu 12 godzin 11. Moczu nie oddawał. T. rano 36°,3, wieczorem 36°,5. Puls rano i wieczorem 140. Zastrzyknąłem rano i wieczorem po 0,2 koffeiny. D. 18. III. Sinicy niema. Wypróżnień w ciągu doby 20. Moczu nie oddawał. T. rano 36°,5, wieczorem 36°,8. Tętno rano i wieczorem. 130. D. 19. III. Wypróżnień 23. Moczu nie było. Język malinowy, suchawy, nie obłożony T. rano 36°,9, P. 123. Wieczorem T. 37°,2, P. 120. D. 20. III. Wypróżnień 19. Moczu nie było. Język suchy, malinowy. Chory skarży się na bezsenność i silne pragnienie. T. rano 37°,0, wieczorem 37°,2. P. rano i wieczor. 120. Przeznaczyłem opium (0,015×3). D. 21. III. Wypróżnień 20. Moczu nie oddawał. W nocy nie spał. Skarży się na uczucie „palenia“ w piersiach. Język suchy, popękany, malinowy. T. rano 37°,0, wieczorem 37°,3. P. rano 120, wieczorem 124. D. 22. III. Wypróżnień 17. W nocy nie spał. T. rano 37°2, wieczorem 37°,8. Dyetę zachowuje. Dyetę wyznaczyłem taką samą, jak choremu F. G. D.. 23. III. Wypróżnień 13. Moczu zebrał około 60 ctm. sz. w czasie doby. Mocz barwy ciemno bronzowej, białka nie zawiera. W nocy nie spał. T. rano 37°,8, wieczorem 38°,6. Puls rano 125, wieczorem 130. Przeznaczyłem 0,6 sulfonalu na noc. D. 24. III W nocy spał kilka godzin. Wypróżnień 14. Moczu 60 ctm. sz. Chory skarży się na swędzenie całej skóry, szczególniej na rękach i nogach T. rano 38°,0 wieczorem 38°,5. P. rano i wieczorem 130. Znów 0,6 sulfonalu na noc.

D. 25 III. W nocy nie spał. Wypróżnień 12. Moczu około 100 ctm. sz. Na piersiach i kończynach ślady od drapania. T. rano 38°,0, wieczorem 38°,8. Puls 126 wieczorem. Przeznaczyłem 0,3 weronalu. D. 26. III. W nocy nie spał. Wypróżnień 14. Moczu 120 ctm. sz. Pije tylko wodę, pokarmów żadnych nie chce przyjmować. T. rano 38°,2, wieczorem 38°,6. Tętno rano i wieczorem 124. Chory skarży się na silne swędzenie skóry: ciągle się drapie. Poleciłem częste obmywanie ciała gąbką zmaczaną w 70% spirytusie. D. 27. III. Swędzenie nieco mniejsze. W nocy spał trochę. Wypróżnień 10. Moczu 220 ctm. sz. T. rano i wieczorem 38°,0. Puls rano 122, wieczorem 116. D. 28. III. Swędzenie nieznaczne. Wypróżnień 10. Moczu 260 ctm. sz. T. rano i wiecz. 38°,0. Puls rano i wiecz. 118. D. 29. III. Wypróżnień

9. Moczu 250. Nieznaczny ból przy ucisku na mięśnie prawego ramienia. Odruchów kolanowych brak. T. rano 37°,5, wieczorem 38°,0. P. rano i wieczorem 120. Przeznaczyłem natrium salicylicum (0,5×4). D. 30. III. Ból w prawem ramieniu silniejszy (przy ucisku), niż wczoraj. Nieznaczny ból przy przyciskaniu palcem lewej łydki. Wypróżnień 10. Moczu 280 ctm. sz. T. rano 37°,6, wieczorem 38°,2. Puls rano 120, wieczorem 123. D. 31. III Chory narzeka na silne bóle w prawem ramieniu i lewej łydce. Bóle te wzmagają się przy dotyku. Nieznaczny ból przy ucisku na prawe udo z przodu. Wypróżnień 7. Moczu 260 ctm. sz. T. rano 37°6, wieczorem 38°,0. Puls rano 116, wieczorem 120. D. I. IV. Chory krzyczy z powodu bólu w nodze i ręce. Prawa ręka i lewa noga zgięte. Przy prostowaniu tych kończyn bóle wzmagają się. Nieznaczny ból przy ucisku na prawą łydkę. Wypróżnień 9. Moczu 300 ctm. sz. T. rano 37°,2, wieczorem 37°,8. Puls rano i wieczorem 120. D. 2. IV. Od wczoraj chory nie odczuwa swędzenia skóry. Ból w nogach i prawej ręce bardzo mocny. Ból na przodzie prawego uda znikł, natomiast dość znaczny ból zjawia się przy przyciskaniu tegoż uda ztyłu. Wypróżnień 8. Moczu 300 ctm. sz. T. rano 37°,5, wieczorem 37°,8. Puls rano 120, wieczorem 126. D. 3. IV. Nogi skurczone w kolanach. Silny ból w obydwóch łydkach i udach (z tyłu). Na tubera ischiadica odleżyny. Silne bóle przy ucisku na mięśnie lewego ramienia. Wypróżnień 9. Moczu 400 ctm. sz. T. rano 37°,8, wieczorem 38°,2. P. rano 120, wieczorem 132. Wyznaczyłem maść bismutową na odleżyny i poleciłem leżenie na kółku gumowem. D. 4. IV. Nie może spać z powodu silnych bólów w rękach i nogach. Nieznaczne obrzmienie stóp. Nałożyłem opatrunek aseptyczny na odleżyny. Wypróżnień 10. Moczu 370 ctm. sz. bez białka. T. rano 38°,0, wieczorem 38°,2. P. rano i wieczorem 126. Zastrzyknąłem 0,01 morfiny o god. 8-mej wieczorem. D. 5. IV. Po iniekcyi spał godzinę. Bóle bardzo silne w kończynach. Nieznaczne obrzmienie nóg od stóp do kolan. Wypróżnień 10. Moczu 360 ctm. sz. bez białka. T. rano 38°,5, wieczorem 38°,0. P. rano 125, wieczorem 120. Przeznaczyłem opium (0,015×3). D. 6. IV. Obrzmienie nóg silniejsze. Bóle w lewem ramieniu nieco mniejsze. Nie sypia wcale. Wypróżnień 8. Moczu 400 ctm. sz. T. rano 38°,3 wieczorem 38°,5. P. rano i wieczorem. 130. Opatrunki na odleżyny zmieniam codziennie. D. 7. IV. Pacyent nieco senny. Co chwila krzyczy z bólu. Obrzmienie nóg bardzo silne. Wypróżnień 5. Mocz oddaje razem ze stolcem; chory unika częstego podkładania bidetu, gdyż wszelkie poruszenie się na łóżku sprawia ból. T. rano 38°,0, wieczorem 38°,2. Puls rano i wieczorem 122. D. 8. IV. Senność większa. Chory budzi się co chwila z krzykiem i skargą na bóle w kończynach. Wypróżnień 6. T. rano 38°,5, wieczorem 38°,0. Puls rano i wieczorem 130. D. 9. IV. Senność jeszcze większa, niż wczoraj. Chory budzi się przy każdem dotknięciu nóg lub rąk. Po przebudzeniu się—przytomny. Wypróżnień 5, w tem jedno oddał bezwiednie pod siebie. T. rano i wieczorem 38°,5. P. rano 126, wieczorem 134. D. 10. IV. Senność mniejsza, niz wczoraj. Bóle w prawej ręce i w nogach bardzo silne. Bolesność lewego ramienia nieznaczna. Wypróżnień 3. Konsystencya i zapach kału, jak przedtem. T. rano i wieczorem 38°,7. Puls rano 126, wieczorem 120. D. 2. IV. Senność znów większa. Po przebudzeniu się nie zupełnie przytomny kał i mocz oddaje pod siebie, zdaje się, bezwiednie. Między musc. sterno-cleido mastoideus i wschodzącą gałęzią szczęki dolnej po stronie lewej nieznaczne obrzmienie. T. rano 38°,6, wieczorem 38°,5. P. rano 124, wieczorem 128. D. 12. IV. Obrzmienie większe, zachodzi pod szczękę. Język wilgotniejszy, lecz jeszcze malinowy, popękany. Przytomność znacznie upośledzona: otaczających nie poznaje odrazu. T. rano 38°,3, wieczorem 38°,6. Puls rano i wieczorem 130 mały. D. 13. IV. Konsystencya obrzmienia poza szczęką ciastowata. W dolnej ściance, wgłębi ucha zewnętrznego, niewielki otwór, z którego wydobywa się niewielka ilość ropy. Mocz i kał chory oddaje bezwiednie pod siebie. Otaczających nie poznaje. T. rano i wieczorem 38°,6. Puls rano 128, wieczorem 132. D. 14. IV. Sopor. Ilość wydzieliny z ucha większa. Wydzielina ropna z krwawym odcieniem. Między meatus i processus mastoideus chełbotanie. Wieczorem majaczenie. T. rano i wiecz. 38°,8. P. 146. D. 15. IV. Zrobiono incyzyę, i jamę ropnia wypełniono gazą. Wieczorem nieznaczne obrzmienie pomiędzy musc. sterno-cleidomastoid i wschodzącą gałęzią szczęki dolnej po stronie prawej. Oddech typu Cheyne Stokes'a. T. rano 38°,6, wieczorem 36°,0. Puls rano 160 bardzo mały, wieczorem niewyczuwalny. D. 16. IV. o god. 3-ej rano—mors.

Przypadek V. K. E. lat 52, zachorowała na rozwolnienie 20 III. Wypróżnienia, jak w reszcie przypadków. Język suchy, obłożony. Odruch kolanowy osłabiony, odruch z łącznicy oka nieco wzmożony. T. wieczorem 37°,0. P. 100. Mięśnie przy ucisku nie bolesne. Przeznaczyłem inf. sennae comp. D. 21. III. Znaczne osłabienie. Język na końcu i z boków malinowy. Wzmożone pragnienie. Odruchów kolanowych brak. Wypróżnień 16. Moczu 130 ctm. sz. T. rano 36°,8, wieczorem 37°,0. P. rano i wiecz. 112. Przeznaczyłem benzonaphtol i salol. D. 22. III. Chora nie zdolna o własnych siłach poruszyć się na łóżku. Język cały suchy, malinowy. Wypróżnień 20. Moczu nie oddawała. Skarży się na ogromne pragnienie i bezsenność. T. rano i wieczorem 37°,0. P. rano 118, wieczorem 120. D. 23. III. Chora skarży się na uczucie palenia w gardle. Wypróżnień 20. W stolcach pod mikroskopem nic osobliwego. Moczu nie oddawała. Nie sypia wcale T. rano 36°,5, wieczorem 37°,0. P. rano 120, wieczorem 126. Przeznaczyłem 0,5 weronalu na noc. D. 24. III. Nie spała w nocy. Skarży się na bóle reumatyczne w mięśniach goleni. Bóle takie miewała i dawniej, zanim zapadła na obecną chorobę. Mięśnie goleni przy ucisku nie bolesne. Wypróżnień. 18. Moczu nie oddawała. T. rano 36°,5, wieczorem 36°,7. P. rano i wieczorem 120. D. 25. III. Nie spała w nocy. Bóle w nogach chwilami ustępują zupełnie. Wypróżnień 20. Moczu nie oddawała. Z pomocą kateteru wypuścić mogłem zaledwie 10 ctm. sz. moczu. Mocz z obfitym osadem, rozpuszczającym się po dodaniu kwasu saletrzanego. W urynie białka, cylindrów i cukru nie znalazłem. T. rano 36°,8, wieczorem 37°,2. Puls rano 118, wieczorem 120. Przeznaczyłem salipyrinę (0,6×3) D. 26. III. Nie sypia wcale. Bólów reumatycznych nie doznaje. Wypróżnień 17. Moczu oddała około 30 ctm. sz. T. rano 37°,0, wieczorem 37°,5. P. rano i wieczorem 124. Przeznaczyłem 1,0 sulfonalu na noc. D. 27. III. W nocy nie spała. Na piersiach, plecach i ramionach drobne blado czerwone plamki o nieprawidłowych konturach. Osłabienie bardzo znaczne. Wypróżnień 12. Moczu 60 ctm. sz. T. rano 37°,3, wieczorem 37°,8. P. rano 126, wieczorem 120. Przeznaczyłem koffeinę (1,0 pro die). D. 28 III. Wysypka mniej wyraźna. Wypróżnień 14. Moczu 75 ctm. sz. T. rano 37°2, wieczorem 37°,8, P. rano i wieczorem 120. D. 29. III. Chora nieco senna. Żadnych bólów nie doznaje. Przez czas 24-ch godzin prosiła o podstawienie bidetu 12 razy. Mocz oddawała jednocześnie z kałem. T. rano 37°6, wieczorem 38°,0 P. rano i wiecz. 126. D. 30. III. Senność większa. Kał, a może i mocz, oddała kilka razy bezwiednie pod siebie. T. rano 37°,5, wieczorem 37°,9. P. rano 120, wieczorem 128. D. 31. III. Wypróżnienia i urynę oddaje bezwiednie pod siebie. T. rano 37°,6, wieczorem 38°,0. P. rano i wieczorem 126. Wysypka znikła. D. 1. IV. Sopor. T. rano 37°,6, wieczorem 38°,0. P. rano 128, wieczorem 120. Zastrzyknąłem wieczorem 0,2 koffeiny. D. 2. IV. Sopor. T. rano 37°,6, wieczorem 38°,0. P. rano i wieczorem 130, bardzo mały. Z pomocą kateteru wypuściłem około 30 ctm. sz. moczu. Białka w urynie niema. Dyazoreakcya dała wynik dodatni. D. 3. IV. Rano oddech Cheyne-Stokes'a. T. 35°,8. P. niewyczuwalny. O god. 3-ciej po południu—mors.

(Dokoń. nast.)



Przyczynek do kazuistyki zakażeń pneumokokowych przerzutowych.

(Pneumonia et dermatitis phlegmonosa metastatica pneumococcica).

Opisali Dr. **J. Puterman** i Dr. **M. Wołkowicz**. (Sosnowice).

Dzięki coraz dokładniejszym metodom rozpoznawania czynników chorobotwórczych, niedalekie zdają się być czasy, kiedy podział, a zarazem i rozpoznawanie, większości spraw chorobowych opierać się będzie nie na danych anatomo-patologicznych, lub na objawach klinicznych, lecz na danych przyczynowych. Wiele spraw chorobowych, mających wspólny moment etyologiczny, a różniących się między sobą bądź umiejscowieniem zmian patologicznych, bądź stopniem natężenia towarzyszących im objawów chorobowych, zaliczamy obecnie—na zasadzie klasyfikacyi anatomo-patologicznej—do różnych kategoryi; i na odwrót: sprawy chorobowe z indentycznemi zmianami patologicznemi zaliczamy do jednej kategoryi, pomimo nadzwyczajną różnorodność przyczyn je wywołujących. Wynikają stąd oczywiście sprzeczności, które dla wskazań terapeutycznych niezawsze bywają obojętne, w pewnych zwłaszcza sprawach chorobowych, w których wczesna interwencya mogłaby nieraz rozstrzygające mieć znaczenie.

Najlepiej uwidoczni nam ten stan rzeczy przykład. Wiadomo, że anatomopatolog zalicza do dyfterytycznych zapaleń wszystkie te stany, w których wykryto pewne określone zmiany tkanek, niezależnie od tego, czy są one skutkiem wpływów mechanicznych, termicznych czy chemicznych (toksycznych). Natomiast dla bakteryologa tam tylko istnieje zapalenie dyfterytyczne, gdzie przyczyną choroby są swoiste drobnoustroje.

Nie uwzględniając momentu etyologicznego, uważa się nieraz za *powikłanie* zaburzenia, które powstały pod wpływem tego samego czynnika chorobotwórczego, jaki był przyczyną zasadniczej sprawy chorobowej; czyli, uznaje się za powikłanie jeden z objawów choroby zasadniczej (bo powikłaniem będzie objaw zależny od działania czynnika chorobotwórczego, obcego pierwotnej sprawie chorobowej).

Rozpoznawanie chorób na zasadzie danych przyczynowych będzie miało z jednej strony znaczenie teoretyczne, nauczy nas ono bowiem ściśle odróżniać choroby od ich powikłań, z drugiej zaś strony wielką nam odda usługę pod względem praktycznym, wskazując, w jakim kierunku i jakie mianowicie zabiegi lecznicze racyonalne mają być zastosowane.

Dla rozpoznania wielu spraw chorobowych, zwłaszcza zakaźnych, nie ograniczamy się obecnie do stwierdzenia objawów klinicznych lub zmian anatomicznych, lecz jednocześnie też doszukujemy się przyczyn tych chorób. Przy rozpoznawaniu dyfterytu, influenzy, tyfusu, nosacizny, cholery, dżumy, zapalenia zrazowego płuc, gruźlicy,—opieramy się na wykryciu swoistego czynnika etyologicznego. Jest to jednak możliwe dotąd tylko dla niewielu postaci chorobowych. Z chwilą kiedy rozpoznanie i klasyfikacyę chorób opierać będziemy stale na danych etyologicznych, ulegnie odpowiednim zmianom i ich terminologia. Mówić więc co raz częściej będziemy o sprawach: paciorkowcowej, pneumokokowej, gonokokowej—bez względu na charakter kliniczny zmian powstałych w jednym lub w kilku naraz narządach.

Opisany przez nas przypadek jest sprawą pneumokokową. Zaburzenia pierwotne umiejscowiły się w narządzie oddechowym jako płatowe zapalenie płuc; w dalszym zaś przebiegu choroby występowały zaburzenia ze strony skóry. Zaburzenia te wywołane były przez ten sam czynnik chorobotwórczy, co i zaburzenia płucne, mianowicie—przez pneumokoki.

Pneumococcus czyli diplococcus lanceolatus Fraenkeli jest jednym z chorobotwórczych czynników, o którym już wiadomo, że wywołuje zaburzenia w rozmaitych narządach ustroju naszego; ten drobnoustrój znajduje się u większości ludzi zdrowych w ślinie jamy ustnej, gdzie w warunkach normalnych zachowuje się jak saprofit. Przy pewnych jednakże warunkach, osłabiających organizm ludzki, dwoinki Fraenkla nabierają własności chorobotwórczych, przenikając za pośrednictwem krwi lub limfy do tego lub owego narządu, znajdującego się w stanie minoris resistentiae, i wywołują tam zaburzenia chorobowe.

W literaturze istnieją liczne opisy spraw chorobowych, których powodem były dwoinki Fraenkla. Opisano: pneumococco-sepsin communem et metastaticam, (dwoinki Fraenkela znaleziono we krwi, w oponach mózgowych, w śledzionie,nerkach, w endocardium i endometrium (Marcin Kohn); w przebiegu zapalenia płuc spostrzegano wypocinę ropną w torebkach stawowych zawierającą pneumokoki; widziano pod wpływem tych dwoinek gingivitidem epidemicam, periostitidem dentalem, pulpitidem, pyorrhoeam alveolarem, anginam acutam malignam.

Z jamy ustnej drobnoustrój przechodzi per continuitatem do sąsiednich narządów i wywoływać pharyngitidem, otitidem mediam, rhinitidem, conjuctivitidem, ulcus serpens corneae. Opisano takie jeszcze zaburzenia powodowane przez dwoinki Fraenkela: ostitis, periostitis et osteomyelitis, polyarthritis, peritonitis, pleuritis, endocarditis ulcerosa idiopathica, meningitis cerebro-spinalis, strumitis, adenitis axilaris et inguinalis, phlebitis, myositis, infectio genitalium pneumococcica.

Spostrzegane też były różne sprawy chorobowe, które prawie jednocześnie występowały u różnych członków jednej i tej samej rodziny i powodowane były przez te drobnoustroje: gdy u jednych członków rodziny spostrzegano zapalenie płuc, inni zapadali na corhyzam, anginam, tonsillitidem follicularem, tracheitidem, bronchitidem, neuralgiam intercostalem, conjunctivitidem pneumococcicam. Pruszyński opisuje przypadek zapalenia płuc, które wystąpiło 8 dnia po ukłuciu

palca i po utworzeniu się na nim ropnia, w zawartości którego stwierdzono pneumokoki.

Fakt odwrotny, t. j. powstanie ropni skóry pod wpływem pneumokoków w przebiegu zapalenia płuc, przedstawia nasz przypadek.

W dostępnej nam literaturze podobnego spostrzeżenia nie spotkaliśmy.

---

28 Marca 1904 r. wezwani do 2 letniego chłopczyka R. I. z powodu silnej gorączki, zakatarzenia i chrypki, dowiedzieliśmy się, że przed 3 tygodniami ten chłopczyk chorował na zapalenie gruczołów chłonnych podszczękowych, co trwało 5—6 dni i przeszło bez śladu. Obecna choroba rozpoczęła się nagle, przed dwoma dniami, od silnej gorączki i bólów w brzuchu, na który dziecko wyraźnie wskazywało.

Podmiotowo stwierdziliśmy katar nosa, chrypkę, męczący kaszel, nieznaczne stępienie odgłosu wypukowego poniżej kąta łopatki z prawej strony; rozsiane rzężenia wilgotne w jednem i drugiem płucu. Ciepłota przeszło 39°.

Podejrzewaliśmy rozwijające się prawostronne zapalenie płuc — pneumoniam centralem dextram. Od owego dnia przez cały tydzień nic nowego nie dostrzegliśmy, ciepłota wahała się w granicach 39—40°, dziecko było często niespokojne i wciąż uskarżało się na boleści w brzuchu. Występowały też od czasu do czasu flegmiste wolne wypróżnienia.

8 dnia od początku choroby zaczęły występować w różnych miejscach na skórze tułowia różowawe grudki (papulae), niektóre z ropnymi wierzchołkami. Większość tych grudek ugrupowała się wzdłuż nerwów międzyżebrowych i sprawiała na na nas wrażenie półpaśćca (herpes zoster).

Jednocześnie zaś objawy fizykalne ze strony prawego płuca stały się wyraźniejsze. Stępienie odgłosu wypukowego, jak również wyraźny oddech oskrzelowy na całej przestrzeni od kąta łopatki do dołu, utwierdziły nas w przekonaniu, że mamy do czynienia z zapaleniem płuc płatowem, co w dalszym ciągu stwierdzone również zostało przez wykrycie czystej prawie hodowli dwoinek Fraenkela w ropiastej plwocinie, jak również w płynie surowiczo-ropiastym, wydobytym przy nakłóciu próbnem chorego płuca.

Pomijamy w tem miejscu dalszy przebieg choroby płucnej—przebieg nadzwyczaj ciężki, mający charakter wędrującego zapalenia płuc, gdyż sprawa z dolnego płata przeszła stopniowo na średni i następnie na górny, tak że całe prawie płuco wciągnięte zostało w daną sprawę.

Ciekawem zaś w danym przypadku było występowanie coraz większej ilości wyżej opisanych grudek, z których się w następstwie większe lub mniejsze ropnie rozwijały. Niektóre z tych ropni dochodziły do wielkości orzecha laskowego, a nawet śliwki. Pierwsze ropnie umiejscowiły się pod żebrami i w okolicy kości biodrowej, następne przeważnie na plecach i klatce piersiowej, bardzo niewiele i drobniejsze—na kończynach. Wogóle wytworzyło się przeszło 30 ropni. Odznaczały się one brakiem obrzmienia zapalnego, były pokryte cienką skórą. Część tych ropni poprzecinano, część zaś sama się otwierała. Ropa była rzadka, jak mleko. Na ścianach jamy ropni długi bardzo czas nie widać było ziarnicy, lecz obnażone tkanki: tkankę łączną podskórną, miejscami zniszczoną powięź lub mięsień. Dopiero po tygodniu ziarnina zaczęła się wytwarzać, wypełniając jamę ropnia.

Badanie bakteryoskopijne zawartości ropni wykryło same tylko dwoinki Fraenkela bez domieszki innych drobnoustrojów.

Stan gorączkowy dziecka przy różnych wahaniach ciepłoty trwał przeszło 5 tygodni.

Badanie dziecka 15 Maja r. 1904. stwierdziło: ropnie wszystkie zagojone, wygląd dziecka znacznie lepszy. Naciek w dolnej części prawego płuca długo jeszcze się trzymał i stopniowo tylko znikał. W 3-y miesiące później żadnych śladów przebytej choroby płucnej nie znaleziono.

W danym przypadku należy przypuścić zakażenie pneumokokowe, szerzące się za pośrednictwem krwi.

Być może, że i owo obrzmienie gruczołów podszczękowych było już wywołane przez pneumokoki. Dalsze zaś szerzenie się zarazka za pośrednictwem krwi i limfy wywołało zaburzenie dróg oddechowych i przerzutowe ropnie skórne.



O środkach nasennych przy ostrych chorobach zakaźnych.

Podał Dr. F. **Arnstein** (Kutno).

Do stałych niemal objawów właściwych ostrym chorobom zakaźnym należy bezsenność, której często towarzyszy ogólny niepokój i bredzenie; widzimy to najczęściej przy durze brzusznym, zapaleniu płuc, zapaleniu opon mózgordzeniowych. Im jest silniejsze natężenie zakażenia, tem uporczywszą bywa bezsenność. Wszelako usposobienie osobnicze odgrywa w powstaniu bezsenności przy ostrych chorobach zakaźnych dużą rolę. Są osobniki, których w przebiegu ostrych chorób zakaźnych trapi bezsenność, inni — przeciwnie — dużo śpią: „prześpią chorobę".

Przyczynę bezsenności w chorobach ostrych zakaźnych stanowi podrażnienie ośrodków nerwowych spowodowane ciałami trującemi, wytwarzanemi przez zarazki chorobotwórcze, i zmiany w krążeniu krwi przez nie wywołane.

Bezsenność sama przez się nie jest prawie nigdy bezpośredniem źródłem niebezpieczeństwa; jest jednak zawsze przypadłością bardzo przykrą tak dla chorego, jak i dla jego otoczenia; nic też dziwnego, że często usilnie domagają się od lekarza przepisania jakiegoś leku nasennego.

Obserwacya kliniczna poucza, że dobry s e n (nie: senność) prawie zawsze korzystnie wpływa na przebieg ostrej choroby zakaźnej i stanowi objaw mający duże dla rokowania znaczenie.

Sen nawet sztucznie wywołany przez jakiś lek lub zabieg nasenny, jeśli tylko jest przez chorego dobrze znoszony, sprowadza znaczną ulgę w cierpieniach, pokrzepia chory ustrój.

Dla tego sztuczne wywoływanie snu w ostrych chorobach zakaźnych ma zupełną racyę bytu i powinno znaleźć szerokie zastosowanie w ich w leczeniu. Dziwnem więc jest, że rzadko stosunkowo uciekamy się do leków nasennych przy chorobach ostrych zakaźnych; przyczyną tego jest chyba, że prawie wszystkie dotychczas używane posiadają wielce nieprzyjemne uboczne działanie a nawet sprowadzają groźne następstwa — zapaść. Takimi są większe dawki wodanu chloralu, trionalu, sulfonalu, paraldehydu i t. p. Stosując dawniej te leki przy bezsenności w przebiegu ostrych chorób zakaźnych, widywałem nieraz tak nieprzyjemne następstwa, że ostatecznie od wielu lat wyrzekłem się ich i w konieczności wolałem się uciec do środków kojących (morfiny, kodeiny), których działanie nasenne nie jest zbyt pewne, a zresztą też nie pozbawione pewnych ujemnych wpływów.

W ostatnich jednak czasach arsenał leków nasennych wzbogacony został środkiem, który obok niezawodnych własności nasennych jest, zdaje się, pozbawiony nieprzyjemnego ubocznego działania właściwego innym środkom nasennym.

Mam tu na myśli w e r o n a l, który znalazł już dotychczas obszerne zastosowanie przy bezsenności towarzyszącej chorobom nerwowym. Zachęcony dobrymi wynikami otrzymanymi przy tych cierpieniach, w ostatnich kilku miesiącach zacząłem stosować ten lek przy ostrych chorobach zakaźnych. Dotąd stosowałem go w kilku ciężkich przypadkach zapalenia płuc, w kilkunastu przypadkach duru brzusznego i w jednym przypadku płonicy i miałem możność przekonania się o wyższości tego środka nad wszystkimi innymi dotąd stosowanymi. Nie mam bynajmniej zamiaru wypowiedzenia ostatecznego zdania o wartości tego leku przy bezsenności towarzyszącej ostrym chorobom zakaźnym, chciałbym jednak zwrócić uwagę kolegów na lek, który zasługuje na to, by był należycie wypróbowany. Jeśliby się istotnie okazało, że weronal może być bez szkody stosowany jako lek nasenny przy chorobach ostrych zakaźnych, zyskalibyśmy środek, który będzie z radością powitany przez ciężko chorych i ich otoczenie. Dodam jeszcze, że weronal stosowałem u dorosłych najczęściej w dawce pół gramowej na noc w ciągu kilku dni; rzadko zmuszony byłem podnieść dawkę a jeszcze rzadziej dla jakichbądź powodów lek odstawić.

Towarzystwa Lekarskie prowincyonalne.

Towarzystwo Lekarskie Kieleckie.

Posiedzenie d. 17 Grudnia 1904. r.

Obecnych 26 członków.

I. Na wstępie Prezydujący w Komitecie organizacyjnym, kol. A. Czaplicki, zdał sprawę z działalności tegoż Komitetu, poczem wezwał obecnych do wyboru przewodniczącego zebrania i zaproponował na tę godność kol. I. Wokulskiego, Nestora lekarzy Kieleckich. Obecni przyjęli propozycyę jednogłośnie.

Kol. Wokulski, ogłosiwszy Towarzystwo lekarskie Kieleckie za otwarte, przemówił do obecnych w te słowa:

„Przyjmując zaszczytne dla mnie zaproszenie do przewodniczenia wyborom na członków Zarządu, organizującego się Towarzystwa lekarskiego w Kielcach, uważam za najpierwszy swój obowiązek podziękować serdecznie naszym drogim gościom-kolegom, którzy nie żałowali czasu i trudu, aby uświetnić swą obecnością dzisiejsze nasze święto nauki, — założenie Kieleckiego Towarzystwa lekarskiego. Że Towarzystwo to jest nietylko potrzebnem, ale i niezbędnem, spodziewam się, że nikt z obecnych Sz. Kolegów nie wątpi. Niezbędnem ono jest, tak ze względów naukowych, jak filantropijnych i etycznych. Ze względów naukowych, chociaż nie łudzimy się, aby towarzystwo to dźwignęło naprzód naszą naukę, gdyż niemamy na prowincyi dostatecznych do tego środków, to niewątpliwie jednak pomoże ono nam iść za postępem tej nauki, dostarczając w obfitości czasopism lekarskich, droższych instrumentów i książek, których pojedyńczemi siłami nabyć nie bylibyśmy w stanie. Zresztą, po założeniu Towarzystwa, miasto nasze przestanie być zacofanym kopciuszkiem, którego już dawno wyprzedziły inne miasta gubernijalne. Pod względem filantropijnym już samo założenie ambulatoryum, w którem każdy biedny chory, bez różnicy narodowości i wyznania, znajdzie bezpłatną a światłą i życzliwą pomoc, wystarcza, aby zyskać Towarzystwu wdzięczność i błogosławieństwo ludzi biednych. Ale bodaj czy nie najważniejszym motywem, do założenia Towarzystwa, jest wzgląd etyczny. Będąc lekarzem już przeszło lat pięćdziesiąt, z których trzydzieści siedm poświęciłem Kielcom, widziałem w początkach mego zawodu lekarskiego stanowisko lekarza w jaśniejszych kolorach: szanowano nas więcej, gdyż szanowaliśmy się sami; przytem w owych czasach rzadko jeszcze był spotykany wstrętny typ łapacza, a pokątny znachoryzm i felczeryzm nie walczył jeszcze bezkarnie z ludźmi nauki. Ale z czasem hyperprodukcya lekarzy i bezwzględna konkurencya z jednej strony, a grzeszna apatya i brak solidarności z drugiej, zaczęły narzucać plamki na to nasze czyste i jasne słońce lekarskie.

Otóż czas już wielki, aby temu anormalnemu stanowi rzeczy tamę położyć, a osiągnąć to możemy tylko solidarnością — viribus unitis! Przysłowie powiada: „l'union fait la force“ bądźmyż więc zjednoczeni, a będziemy silni, tą siłą moralną, która zjednywa szacunek i zaufanie ogółu!“ (Autoreferat).

Następnie Przewodniczący zarządził wybory Członków Zarządu przez głosowanie tajne, zapraszając na skrutatorów: Kol. A. Nawroczyńskiego i Kol. Br. Laskowskiego, a na Sekretarza Kol. L. Jedlickiego. Głosowanie dało wynik następujący: na Prezesa wybranym został Kol. A. Czaplicki, na Vice-Prezesa kol. Br. Laskowski, na Sekretarza kol. Ł. Jedlicki, na Bibliotekarza kol. B. Szenk, na Skarbnika Prow. Farm. B. Saski, na Członków Zarządu: Kol M. Zawadzki i S. Otto. Do komisyi rewizyjnej kol. K. Kosieradzki, A. Nawroczyński i S. Stadnicki.

II. Wpisowe zatwierdzono w wysokości 5 rb., a składkę roczną 12 rb., płatnych w ratach kwartalnych.

III. Postanowiono ogólne zebrania odbywać w pierwszą Sobotę po 15-ym każdego miesiąca, z wyjątkiem miesięcy Lipca i Sierpnia; ogólne więc zebrania odbędą się: 21. I., 18. II., 18. III., 15. IV., 20. V., 17. VI., 16. IX., 21 X., 18 XI. i 16. XII.

IV. Zatwierdzono następujące warunki przyjmowania kandydatów do grona rzeczywistych Członków Towarzystwa: kandydat winien złożyć piśmienną deklaracyę o chęci należenia do Towarzystwa, dołączyć przytem krótki rys życia, wiadomości o swym stopniu naukowym, oraz, w razie posiadania, wykaz swych prac naukowych. Kandydata przedstawia dwóch Członków rzeczywistych Towarzystwa, głosowanie zaś odbywa się na najbliższem Zebraniu Ogólnem, po uprzedniem powia-

domieniu wzystkich Członków o kandydaturze.

V. Kwestyę najmu lokalu, sprawienia mebli, utensylii i t. p. pozostawiono do uznania Zarządu.

VI. W krótkiej przemowie Prezes Towarzystwa wita przybyłych na uroczystość otwarcia delegatów bratnich Towarzystw Lekarskich, a mianowicie: Kol. T. Majkowskiego Prezesa Radomskiego Tow. Lek., kol. W. Cennere'a Sekretarza, kol. H. Fidlera i A. Szczepaniaka Członków tegoż Towarzystwa, kol. S. Sterlinga, Redaktora „Czasopisma Lekarskiego" i zarazem delegata Tow. Lek. Łódzkiego. Następnio kol. Prezes odczytał telegramy i odezwy od Towarzystw Lekarskich: Warszawskiego, Krakowskiego, Poznańskiego, Lwowskiego, Lubelskiego, Kalisklego, Płockiego i Częstochowskiego; od Redakcyi: „Medycyny", „Gazety lekarskiej", „Krytyki Lekerskiej„ i „Nowin Lekarskich; od kolegów I. Pełczyńskiego z Radomia, Opalskiego i Wasilkowskiego z Olkusza, oraz od kol. Perelmana z Sosnowca. Poczem kol. Prezes wezwał obecnych Członków Tow. Lek. Kieleckiego do wyrażenia podzięki i uczczenia Towarzystw Lekarskich, ich delegatów i gości przez powstanie z miejsc

Koledzy Majkowski i Sterling, w imieniu reprezentowanych przez nich Towarzystw w ciepłych a serdecznych słowach wyrazili życzenia rozwoju nowopowstającemu Towarzystwu. W imieniu Towarzystwa podziękował mówcom Prezes, kol. Czaplicki.

VII. Prezes wygłosił następującą przemowę: Szanowni Panowie! Życie lekarza prowincyonalnego jest jednem pasmem ciągłego borykania się z losem! Rzucony na pastwę samotności, oddalony od centrów cywilizacyi, niemający sposobności obcowania z kolegami, i myślący ciągle o jutrze, powoli traci młodzieńczy zapał do nauki, staje się rutynistą, a gruby materyalizm wstawia się wtedy na miejsce dawnych ideałów. Jest to letarg— ale tylko letarg, z którego można i potrzeba się ocknąć! Życie tam tkwi jeszcze, i aby tylko w porę użyć odpowiednich środków pobudzających ów pozornie zmarły zacznie czuć, myśleć i działać.

Takim środkiem pobudzającym do działania jest, wedle mego zdania, utworzenie Towarzystwa lekarskiego, wiodące za sobą możność odświeżenia wiadomości naukowych, kommunikowania wzajemnego ciekawych spostrzeżeń, i ich kommentowania, wytworzenie pewnej atmosfery naukowej,—a co za tem idzie, zbudzenie żądzy szlachetnego współzawodnictwa!

Wiara w to odrodzenie się nasze była przewodnią myślą członków założycieli naszego Towarzystwa, a przekonani jesteśmy, iż wiara ta nie była zawodną!

Aby jednak Towarzystwo mogło osiągnąć swoje cele, tak obszernie w §. I. Ustawy wyłuszczone, musi posiadać odpowiednie środki materyalne. Niestety! Towarzystwo mające nazwę Towarzystwa Lekarzy Gub. Kieleckiej, jest w rzeczy samej towarzystwem pewnej tylko części lekarzy, weterynarzy i farmaceutów, większość bowiem kolegów obojętnie przyjęła zapowiedź założenia i nie wzięła udziału w pracach towarzystwa. Od czego stan ten zależy, niechcę przesądzać, zdaje mi się jednak, że główną przyczyną jest niewiara we własne siły i zasklepienie się w zgubnym absenteizmie. Jeśli tak, to stan ten nie jest letargiem,—ale wprost śmiercią!

To też zadaniem naszem, Panowie, powinno być usiłowanie wynalezienia środka, mogącego wyrwać ze szpon śmierci absentujących się kolegów. Środkiem tym będzie owocna praca obecnych członków towarzystwa na polu czystej nauki, nieskalanej grubym materyalizmem, i wolnej od mikrobów zawodowej zawiści. Niech każdy z członków choć małą cegiełkę dołoży, a powoli zbudujemy gmach niebotyczny, w którym królować będzie wiedza; a wiedza to potęga, która potrafi zgromadzić wszystkich około swego ołtarza,—potrafi zbudzić śpiących,—ożywić pozornie zmarłych!

Niech was, Panowie, nie przeraża ogrom naszego zadania,—podołamy mu— gdy tylko zechcemy,—i gdy weźmiemy się do pracy unitis viribus!

A więc Panowie! do czynu,—do pracy,—pod hasłem: wiedza to potęga! (Autoreferat).

VIII. Kol. K. Kosieradzki odczytał swoją pracę p. t. „Charakterystyka fizyczna ludności męzkiej powiatu Miechowskiego." Praca ta, nienadająca się do streszczenia, będzie drukowana oddzielnie.

IX. Zapowiedziany odczyt kol. A. Czaplickiego p. t. „Materyały do historyi szpitala Ś-go Aleksandra w Kielcach," z powodu spóźnionej pory został odłożony do następnego posiedzenia.

X. Kol. Fidler z Radomia ofiaruje Towarzystwu 4-y odbitki ze swoich prac. Na tem posiedzenie ukończono.

Prezes A. Czaplicki.

Sekretarz Ł. Jedlicki.

Towarzystwo Lekarskie Lubelskie.

Sprawozdanie z posiedzenia rocznego z. d. 4 Lipca 1904.

I. K. Jaczewski przedstawił chorą na *sclerodermia en plaques*.

Mirla L., lat. 34 z Krasnika, do czasu choroby obecnej była zdrowa. Wyszła zamąż w 17 roku życia, rodziła 6 razy, po raz ostatni przed $1^1/_2$ rokiem.

Choroba obecna datuje się od lat 2. Chora była wówczas w ciąży i przypadkowo zupełnie namacała w skórze brzucha nad pępkiem z prawej strony stwardnienie wielkości mniej więcej rubla srebrnego, niebolesne na dotyk, na którem skóra była znakomicie bardziej czerwoną. Z powodu ciąży chora, lękając się aby nie zaproponowano jej operacyi, nie zasięgała rady lekarzy, lecz po rozwiązaniu zwróciła się o pomoc, ale stosowane leki pozostały bez skutku. Wreszcie przybyła do szpitala Św. Józefa.

St. praes. Chora dobrze odżywiana. Narządy wewnętrzne zmian nie przedstawiają.

Na brzuchu na prawo od pępka rzuca się w oczy okrągła, wielkości rubla srebrnego, powierzchnia skóry zabarwiona na kolor różowy z rąbkiem nieco ciemniejszym, szerokim parę milimetrów. Ani w części środkowej wykwitu,który ostro się odcina od otaczającej skóry normalnej, ani też w otoczu nie widać ani gołem okiem, ani przy oglądaniu przez lupę rozszerzonych naczyń. Otoczka wystaja nieco nad poziom skóry, część zaś środkowa wykwitu jest nieco wklęśnięta. Budowa skóry jest zatarta, gdyż powierzchnia wykwitu jest całkiem gładka, bez bruzdek krzyżujących się ze sobą i posiada połysk w przeciwstawieniu do matowej powierzchni skóry normalnej.

Obmacując wykwit, otrzymuje się wrażenie takie, jak gdyby miało się w palcach płytkę gumy do wycierania ołówka. Obmacywanie jest zgoła niebolesne. Czucie na ból i dotyk nieco zmniejszone.

Nad opisaną płytką znajduje się w skórze jeden guzik, a na zewnątrz—ku linii pachowej środkowej—jeszcze 5 takich samych guzków, wielkości od ziarnka grochu do orzecha laskowego. Guzki te leżą w głębi skóry, która nad nimi jest tylko zaróżowiona i nieco się wypukla, co spostrzedz można przy oglądaniu skóry z boku. Wykwity te leżą jak paciorki jeden za drugim oddzielnie, żadnej łączności pomiędzy nimi wymacać nie można, mają też samą spoistość, co płytka większa, są również niebolesne i zostały przy badaniu wykryte, o ich obecności chora nic nie wiedziała. Rozpoznano sclerodermia en plaques. Leczenie polega na wstrzykiwaniach podskórnych thiosinaminy co dzień wykonywanych oraz mięsieniu wykwitów kilkakrotnie powtarzanem w ciągu dnia. Chora znajduje się w szpitalu 5 tygodni prawie i, jak dotąd, poprawy nie można było stwierdzić.

II. Kol.K. Jaczewski przedstawił przypadek *sarcomatosis cutis multiplex idiopathica—typ Kaposi*.

Icek R., lat 42 tragarz z Chełma, do czasu choroby obecnej zdrów był zawsze. Przed laty 2 spostrzegł na grzbiecie ręki lewej w okolicy 3 i 4 kości śródręcza plamę wielkości czworaka; plama ta była koloru ciemno-czerwonego, sinawa, a że nie sprawiała mu żadnych dolegliwości, przeto nie zwracał na nią zgoła uwagi. Przed kilku miesiącami zauważył, że włada ręką lewą nietak zręcznie, jak dawniej, że kiść cała i palce, zwłaszcza 4-ty i 3-ci, znacznie zgrubiały i że barwa skóry palców i grzbietu ręki, gdzie była plama, stała się całkiem siną. W tym też czasie chory po raz 1-szy zauważył, że tu i owdzie na kończynach znajdują się guziczki wielkości grochu polnego i większe. Chory udał się do szpitala Żydowskiego w Warszawie, gdzie na oddziale Dr. Elzenberga leczono go podskórnemi wstrzykiwaniami arszeniku. Ze szpitala wyszedł bez poprawy po miesięcznym tam pobycie. Przed miesiącem utworzył się w lewym przegubie łokciowym guzik podobny do rozrzuconych w innych miejscach skóry, a wkrótce potem dolna część ramienia lewego, całe przedramię lewe i ręka lewa miała raptownie obrzmieć. Chory stosował rożne maści i okłady w celu usunięcia obrzmienia, a gdy to wszystko pozostało bez wpływu i cała kończyna górna zwisała bezwładnie i gdy wreszcie dołączyły się bóle w niej szarpiące, zapisał się do szpitala św. Józefa.

St. praes. Chory wzrostu dobrego, zbudowany prawidłowo, odżywiany dobrze. Narządy wewnętrzne, sądząc z badania fizykalnego, bez zmian.

Lewa kończyna górna zwisa niemal bezwładnie, obrzmiała od połowy ramienia ku obwodowi. Na skórze kończyn, zwłasz-

cza górnych, na dolnej powiece oka lewego, na lewem skrzydle nosowem, na wolnym brzegu helicis obu uszu—znajduje się około 30 guzków ciemnofiioletowego koloru. Wielkość guzków waha się od ziarnka grochu polnego do pestki od śliwki, powierzchnia guzków jest wypukła, wystają one nad otaczającą zdrową skórę parę milimetrów, odcinając się od niej ostro. Na powiece i skrzydle nosa wykwity są bardziej płaskie i znajdują się prawie w niveau skóry, na dotyk są twarde, elastyczne. Na uszach guzki znacznie wystają, powierzchnia ich jest grubo ziarnista, na dotyk są całkiem miękkie i robią wrażenie naczyniaka, łatwo bardzo dającego się uciskać, nie zmieniają jednak zabarwienia, a po odjęciu palca uciskającego odrazu powracają do stanu pierwotnego. Na kończynach guzki zajmują przeważnie części bardziej ku obwodowi znajdujące się, zwłaszcza powierzchnię grzbietową rąk i stóp oraz przedramiona i golenie. Na tułowiu brak ich zupełnie.

Guzek znajdujący się w lewym przegubie łokciowym odpowiada, co do lokalizacyi, przebiegowi naczyń krwionośnych. Charakterystyczną niezmiernie jest ręka lewa: jest ona in toto obrzmiała na powierzchni grzbietowej, oprócz pojedyńczych guzków znajduje się wykwit wielkości rubla srebrnego nieco wklęśnięty, ciemno fioletowego koloru, otoczony obwódką szeroką parę milimetrów jeszcze ciemniejszą, wystającą nieco nad poziom przyległej skóry. Obwódka ta wyraźna od strony stawu nadgarstkowego i od zewnątrz przechodzi jako rozlane, bez ostrych konturów nacieczenie nowotworowe na 3-ci i 4-ty palce na ich powierzchnie grzbietowe i boczne, aż do stawu paznogciowego. Palce ręki lewej są zgrubiałe, odstają od siebie i są nieco pochylone — ruchy bardzo ograniczone. Na wewnątrz otoczka przechodzi na brzeg łokciowy ręki i tutaj niepostrzerzenie ginie. Dłoń lewej ręki jest jednolicie płaska bez wklęśnięcia środkowego. Powierzchnia jej błyszczy, naskórek wydaje się zgrubiałym, miejscami przeświecają przezeń mniejsze i większe punkty i ziarenka sinofioletowego koloru. Miejscami zaś naskórek odstaje pod postacią twardych rogowych wiórowatych łusek.

Gruczoły limfatyczne niemacalne. Błony śluzowe zmian nie przedstawiają. Rozpoznanie kliniczne zostało potwierdzone przez badanie drobnowidzowe guza wyciętego z przedramienia prawego. Badania dokonał kol. Kowalczewski. Dyagnoza mikroskopowa brzmiała: Sarcoma globocellulare telangiectodes.

Choremu wstrzykiwano arsycodile. Injekcyi zrobiono, jak dotąd, 22—bez wyraźnego wpływu.

III. Kol. St. Dobrucki przedstawił:

a) preparat makroskopowy wyciętego operacyjnie wrzodu żołądka;

b) preparat włókniaków macicy:

Antonina G. lat 25, mężatka, rodziła 3 dzieci, porody prawidłowe. Od jesieni zeszłego roku rozpoczęły się bardzo obfite peryody co 2—3 tygodni. Od kilku miesięcy krew pokazuje się w okresie pomiędzy peryodami. Chora dobrej budowy, bardzo blada, uskarża się na osłabienie i bicie serca. Przy badaniu wyczuwa się duża, wielkości głowy noworodka, macica twarda, równomiernie powiększona. Na przedniej powierzchni wyczuwa się oddzielny guz wielkości dużego orzecha włoskiego. Powiększona macica zupełnie ruchoma, zupełnie niebolesna. W uśpieniu chloroformowem zrobiono operacyę usunięcia macicy. Po podwiązaniu obustronnem szerokich więzów, bez podwiązki elastycznej, zrobiłem konieczne odcięcie ciała macicy, przepasałem otwarty kanał szyjki Pacquelinem i na pozostały kikut nałożono trzypiętrowy szew z catgutu jodowego. Ranę brzuszną zeszyto trzypiętrowym szwem catgutowem. Zagojenie idealne bez najmniejszego odczynu. Na przecięciu wydobytego guza macicy widać dużą ilość pojedyńczych włókniaków w samej ścianie;

c) agrafki do szwu, Mitchela;

d) preparat venae saphenae, wyciętej z powodu żylaków.

IV. W. Tołwiński otworzył posiedzenie mową, w której oceniał działalność Towarzystwa w ostatnim roku.

V. A. Majewski odczytał doroczne sprawozdanie z posiedzeń Towarzystwa.

VI. W. Chodźko odczytał sprawozdanie z działalności komisyi przemysłowo-lekarskiej.

VII. W. Chodźko odczytał sprawozdanie biblioteczne.

VIII. A. Staniszewski odczytał sprawozdanie kasowe.

IX. Dokonano wyborów:

Prezesem został	Wład. Tołwiński,
Viceprezesem	Aleks. Jaworowski
Sekretarzem	Adam Majewski,
Bibliotekarzem	Witold Chodźko,
Skarbnikiem	Aleks. Staniszewski.

Do komisyi biblotecznej wybrany Stanisław Dobrucki, do komisyi rewizyjnej Jan — Modrzewski.

X. Na członków honorowych powołano: prof. Napoleona Cybulskiego, prof. Henryka Hoyera i D-ra Heliodora Święcickiego.

Na członków korespondentów:

D-rów Edmunda Biernackiego, Henryka Fidlera, Kazimierza Noiszewskiego, Stanisława Orłowskiego i Stanisława Serkowskiego.

Na tem posiedzenie zakończono.

Posiedzenie z dn 5 Września 1904 r.

I. S. Dobrucki przedstawił:

a) chorą po *Arthrecomii* stawu kolanowego, metodą *Mosetig-Moorhofe*, t. j. z zastosowaniem plomby jodoformowej. Chora obecnie w 5 tygodni po operacyi zupełnie dobrze chodzi, rana zagojona przez rychłozrost. Bliższe szczegóły będą podane przy zebraniu kilku analogicznych przypadków;

b) chorą po *cholecystostomii;*

c) chorego wyleczonego z *gruźlicy skóry* na ręce wycięciem chorej skóry i *plastyką Thierscha.*

d) opisał przypadek raka macicy:

P. T. 65 lat, rodziła 4 razy. Zawsze była zdrowa, porody ustały w 46 roku życia. Od trzech miesięcy spostrzegła obfitą wydzielinę z pochwy, od czasu do czasu zabarwioną krwią. Organa płciowe wogóle w zaniku; macica bardzo mała, wielkości orzecha włoskiego. Na części pochwowej owrzodzenie podejrzane. W tkance okołomacicznej żadnych nacieczeń. Wycięty kawałek poddany badaniu mikroskopowemu utwierdził nas w przekonaniu że mamy do czynienia z rakiem.

W uśpieniu chloroformowem przez pochwę udało się usunąć całą macicę bez otwarcia otrzewnej; ta ostatnia tak doskonale oddzieliła się od macicy, że została nietkniętą.

Przebieg pooperacyjny bez żadnych powikłań.

II. Kol. J. Kowalczewski przedstawił i opisał preparat mikroskopowy *raka macicy z mnóstwem figur mitotycznych,* otrzymany w przypadku podanym przez kol. Dobruckiego.

Rak zwykły macicy (carcinoma simplex) z nieznaczną ilością globes epidermiques pochodzący z przedniej części szyjki macicznej. W każdym polu widzenia spostrzegamy kilkanaście, nawet kilkadziesiąt, figur karyokynetycznych w najrozmaitszych okresach. Komórki, w których odbywa się mitoza, rzucają się w oczy swem ciemnoniebieskiem zabarwieniem, wskutek nadzwyczajnego bogactwa jąder w chromatynę. W jednych komórkach na jądrach widzimy początkowe stadyum mitozy-spiraema, w innych monaster, jeszcze w innych diaster z wyraźnem wrzecionem achromatycznem. Gdzieniegdzie spostrzegamy, że każda z części diasster nie jest równą drugiej pod względem zawartości substancyi chromatynowej. W innem znowu miejscu widzimy, że niewszystkie chromozomy umieściły się na biegunach; część ich pozostała na równiku. Nakoniec spostrzegamy i takie figury, gdzie z jednego jądra powstały trzy, nawet cztery, potomne jądra, często o nierównej zawartości chromatyny. Młode komórki są dosyć obfite. W przedstawionym preparacie spotykamy się więc przedewszystkiem ze znacznie zwiększoną ilością substancyi chromatynowej w jądrach komórek podlegających rozmnażaniu, czyli z tak zwaną *hyperchromatozą.* Następnie obfite są bardzo figury *asymetryczne:* a) nierówna zawartość chromatyny w potomnych jądrach; b) niezupełne rozejście się chromosom do biegunów. W końcu spotykamy *wielobiegunowe mitozy* (triaster, tetraster).

Jakkolwiek wszystkie powyższe formy mogą być spostrzegane w warunkach fizyologicznych, to jednak częściej i obficiej występują w tworach patologicznych, zwłaszcza w nowotworach złośliwych, rakach i mięsakach. Obecność tak znacznej ilości figur karyokinetycznych świadczy o szybkim rozwoju danego nowotworu, a ewentualnie o jego złośliwości.

III. Kol. A Majewski przedstawił chorego po operacyi *przyszycia odciętej krtani.*

Józef R. lat 39, rolnik; w celach samobójczych zadał sobie kosą na przedniej powierzchni szyi—na wysokości kości gnykowej—ranę poprzeczną, długości około 10 ctm.; brzegi skórnej rany równe, szeroko rozeszły się; w głębi widoczną jest krtań całkowicie odcięta od kości gnykowej na wysokości więzu gnykotarczowego (lg. hyothyreoideum); przecięte części rozeszły się na szerokość dłoni; odcięta krtań zapadła głęboko za mostek. Chory przybył w ciężkim stanie: przy każdym wdechu dusił się; oddechać mógł jedynie przy położeniu leżącem na brzuchu ze zwieszoną głową. Krwawienie nieznaczne. Zupełny bezgłos. Utrudnione połykanie.

Do szpitala przybył w 12 godzin po wypadku.

Krtań za nagłośnię (epiglittis) podniesiono do góry i przyszyto na głucho naokoło szeregiem szwów jedwabnych do kości gnykowej, ujmując w głębokie szwy i samą kość przez wykłuwanie igły ponad nią. Ponad szwem krtani ranę osączkowano.

W dobę po zaszyciu oddech prawidłowy; połykanie—bolesne; mowa—cicha, utrudniona.

Po 3 dniach—głos i oddech prawidłowe; połykanie— normalne. Przyrośnięcie krtani—zupełne, prawidłowe. Dalszy przebieg bez powikłań.

W pierwszym tygodniu po operacyi chory dostał bardzo obfitego łuszczenia się naskórka po całem ciele, twarzy i głowie, czego przedtem podobno nie miewał, a czego ślady i obecnie — w 4 tygodnie po zabiegu—są jeszcze widoczne.

IV. K. Jaczewski przedstawił rodzeństwo: siostrę z *lues hereditaria tarda* i brata z *dystrophia.*

V. Kol. W. Chodźko przedstawia okaz patologo-anatomiczny mózgu z ogniskiem rozmiękczenia w prawej półkuli, pochodzenia urazowego, oraz załącza krótką historyę choroby (Fractura cranii. Epilepsia Jacksoniana).

Chory Jan Sz. włościanin lat 31 przybył na oddział kol. Majewskiego w szpitalu Św. Wincentego w Lublinie w dniu 18 sierpnia 1904 roku z powodu odniesionej rany czaszki, zadanej uderzeniem wideł. Rana niewielkich rozmiarów znajduje się w okolicy prawego guza ciemieniowego; wydziela się przez nią rozmiękczona tkanka mózgowa. Chory znajduje się w stanie przyćmionej świadomości i dlatego badanie nie może być dokładnem. Chory wzrostu średniego, budowy miernej, odżywiania lichego. Błony śluzowe blade. W narządach wewnętrznych klatki piersiowej i brzucha zmian wybitniejszych nie stwierdzamy. Źrenice oddziaływają na światło słabo. Język obłożony, po wysusunięciu odchyla się nalewo. Wybitny bezwład lewego nerwu twarzowego w dolnej tegoż gałązce. Niedowład lewej kończyny górnej. Bardzo lekki niedowład lewej kończyny dolnej. Odruch kolanowy lewy słabszy, niż prawy. Czucie bólowe w lewej połowie ciała, szczególniej zaś po lewej stronie twarzy wybitnie zmniejszone.

Ciepłota ciała 18. VIII. 38,°5 rano, 39,°5 wieczorem. Tętno 92. Ciepłota ciała 19. VIII. 38,°4 rano, 39,°3 wieczorem (przed operacyą).

Dnia 19. VIII. o godzinie 6-ej wieczorem w uśpieniu chloroformowem wykonaną została przez kol. Majewskiego trepanacya czaszki. Przed samą operacyą ciepłota podniosła się do 40°. i wystąpiły dwukrotnie drgawki w lewej połowie twarzy, lewej ręce i nodze. Dnia następnego (20. VIII.) drgawki nie powtórzyły się, ciepłota 38,°6 rano, 38,°8 wieczorem. Dnia 21. VIII. wystąpiły dwukrotnie drgawki, ograniczone wyłącznie do lewej połowy twarzy, chory na pytania nie odpowiada, jakkolwiek reaguje na nie otwieraniem oczu. Incontinentia urinae; ciepłota 38,°5 rano, 38,°7 wieczorem. Dnia 22. VIII. prawie całkowita utrata świadomości, drgawki tego samego charakteru powtarzają się kilkakrotnie w ciągu dnia. Ciepłota 38°,4 rano,38,°7 wieczorem. Dnia 23. VIII drgawki występują bez przerwy w ciągu całego dnia (i nocy poprzedzającej); napad rozpoczyna się od drgawek w lewej połowie twarzy, następnie zjawiają się drgawki toniczne i kloniczne w lewej ręce, dalej to samo w prawej i w końcu ogólne drgawki kloniczne (status epilepticus). Ciepłota 38,°3 rano, tętno. 96 Wieczorem exitus laetalis.

Autopsya sądowa, dokonana 25. VIII, nie wykryła żadnych zmian wybitniejszych w narządach wewnętrznych. Na czaszce w okolicy ciemieniowej prawej 2 duże otwory trepanacyjne. Tamże uszkodzenie opony mózgowej twardej. Opona miękka zmętniała silnie na na całej powierzchni mózgu, w okolicy zwojów czołowych i ciemieniowych półkuli prawej mieści rozlane gniazdo ropienia. Prawą bruzdę Rolanda całkowicie wypełnia duży skrzep krwi. W okolicy gyrus supramarginalis półkuli prawej znajdujemy ognisko rozmiękczenia, zabarwione na czerwono, formy okrągłej, średnicy około 2 ctm. głębokości około 3 ctm. (stożkowato się zabłębiające w tkankę mózgowia, jednak nie połączone z komorą mózgową). Ognisko to od dołu graniczy z tylną $^1/_3$ długości bruzdy Sylwiusza, *ku przodowi zaś zajęło połowę szerokości gyrus postcentralis w jego części dolnej i środkowej* (ośrodki nerwu twarzowego, podjęzykowego i nerwów kończyny górnej). Ponieważ owe środki półkuli prawej zostały zniszczone tylko w części, znajdujemy więc w ten sposób wytłumaczenie napadów padaczki korowej Jacksona, które występowały u naszego chorego obok jednoczesnego niedowładu lewej połowy twarzy i lewej ręki. (Streszczenie własne).

W dyskusyi kol. Majewski objaśnia, że, doszedłszy cięciem krzyżowem do czaszki, stwierdził zaklęśnięcie kości na przestrzeni o średnicy 5—6 cnt.; w części

środkowej złamania znajdował się duży martwiak; po usunięciu go otwór w czaszce za pomocą pince emporte piéce Doyena znacznie rozszerzono; blaszka wewnętrzna okazała się złamaną na przestrzeni znacznie większej, aniżeli zewnętrzna; odłamki jej ułożyły się rozmaicie; niektóre stanęły napoprzek i silnie wgniatały błony mózgowe.

Pod odłamkami na oponie twardej było wiele skrzepów krwi; w miejscu odpowiadającem pierwotnej ranie powłok błony mózgowe były przedziurawione; otwór był okrągły, średnicy $^1/_2$ cnt.

W otwór włożono sączek gazowy; ranę wytamponowano; opatrunek uciskowy. Chorego operowano pod chloroformem przy ciepłocie 40° w 40 godzin po zranieniu.

B i e r n a c k i opisuje przypadek epilepsyi Jacksona, gdzie bezpośrednio po usunięciu odłamków blaszki wewnętrznej, uciskających błony, epilepsya raz na zawsze ustała; w przypadku, opisanym przez kol. Chodźkę, operacya rezultatu nie dała, wobec tego B. wypowiada przypuszczenie, że objawy chorobowe może tu zależały nie od ucisku mózgu przez odłamki, a od zakażenia.

M a j e w s k i zaznacza, że niepowodzenie operacyjne nie przesądza sprawy; operacya w pewnej tylko części przypadków leczy doszczętnie cierpienie; w innych—usunięcie przyczyny epilepsyi nie usuwa epileptycznych zmian w mózgu; nawet w przypadkach pomyślnie zakończonych drgawki po operacyi niejednokrotnie się powtarzać mogą (Krönlein) i po jakimś czasie dopiero przychodzi zupełne wyzdrowienie.

Kol. C h o d ź k o jeszcze raz podkreśla, że zdaniem jego pomimo ropienia w oponach za bezpośrednią przyczynę śmierci uważać należy stały stan epileptyczny.

Posiedzenie z d. 19 Września 1904 r.

I. Kol. St. D o b r u c k i przedstawił chorego z *gruźliczo-ropnem zapaleniem opłucny*, wyleczonego po *wycięciu żebra*.

W dyskusyi kol. K i e ł c z e w s k i opisuje analogiczny przypadek, gdzie operacya dodatniego rezultatu nie dała; stan ogólny po operacyi znacznie się pogorszył; przyłączyła się gorączka, której poprzednio nie było; chory w parę tygodni umarł.

Kol. M a j e w s k i uważa przypadek kol. Dobruckiego za wyjątkowy; zwykle po otwarciu opłucny sprawa przybiera charakter mięszanego zakażenia, przyrzuca się gorączka o typie zakaźnym i chory przy ciągłem obfitem ropieniu z jego następstwami (amiloid narządów wewnętrznych) wkrótce ginie; wobec tego M. w ciężkich przypadkach gruźliczoropnych wysięków opłucny jest przeciwnikiem chirurgicznej operacyi, a stosuje w miarę potrzeby przekłucie.

Przy gruźlicy—wogóle — doszczętne zabiegi często dają ujemny wynik. M. miał przypadek, gdzie, przy niewielkiej ograniczonej gruźlicy mostka, po usunięciu martwiaka powstała gruźlica prosówkowa z piorunującym przebiegom.

R u d z k i zaznacza, że interniści zawsze byli radykalniejsi od chirurgów w swych poglądach na operowanie gruźliczego otoku piersiowego, gdyż nieraz wśród pacyentów gruźliczych daje się widzieć ślady z przed wielu lat pomyślnie dokonanego zabiegu, mającego na celu wypuszczenie ropy z opłucny.

Operacya otoku piersiowego nie grozi niebezpieczeństwem uogólnienia gruźlicy, gdyż zupełnie inne są tu warunki, niż w przypadkach skrobanki kości, wspomnianych przez kol. Majewskiego (Autoreferat).

Kol. D o b r u c k i zaznacza, że w gruźlicy zbyt czynna interwencya w ogniskach gruźliczych grozi uogólnieniem sprawy; pyopneumothorax D. uważa za otwarty już ropień i wobec tego nie obawia się tu mięszanego zakażenia.

II. Kol. K. J a c z e w s k i przedstawił 2 chorych z *balanoposthitis pustulo-ulcerosa* i nakreślił kliniczny obraz cierpienia.

III. Kol. A. M a j e w s k i odczytał (w skróceniu) pracę kol. S. D o b r u c k i e g o i A. M a j e w s k i e g o: „Przyczynek do chirurgii uwięzgnięć wewnętrznych. 50 przypadków“. Rzecz ta drukowana będzie w “Przeglądzie Chirurgicznym“.

Posiedzenie z dn. 4 Października 1004 r,

I. Kol. S. D o b r u c k i przestawił:

a) chorą po dokonanej operacyi wycięcia 6 ctm. jelita zgorzelinowego przy uwięzgniętej prawostronnej przepuklinie biodrowej.

Anna Schönfeld, 49 lat. Oddawna cierpi na przepuklinę udową prawą. Uwięzgnięcie od 6 dni, przepuklina wielkości orzecha laskowego. Częste wymioty, zupełne zaparcie stolca. Ciepłota nie podniesiona. Pod Schleichem herniotomia. Pętla kiszek cienkich mocno zaciśnięta, sinawej barwy, w worku bardzo mało krwawego płynu, miejsce ucisku odpowiadające lig. Gimbernati szarego koloru, nie ela-

styczne, spadające się. Wycięcie 6 ctm. jelita; szew okrężny 2 piętrowy; do jamy otrzewnej wprowadzono sączek z gazy jodoformowej. Przebieg bez powikłań, sączek wyjęto na 3 dzień, stolec na 4 dzień. Zupełne wyzdrowienie.

b) Chorą po wycięciu kiszki.

Luiza Patz 40 lat. Chora na przepuklinę od roku, uwięzgnięcie od 20 godzin. Przepuklina biodrowa lewa wielkości jaja kurzego; w worku niewiele przezroczystego płynu; w worku sieć i pętla jelita mocno uciśnięte sinego koloru, nie elastyczne, na miejscu od więzu Gimbernata wyraźna zgorzel. Wycięto 8 ctm. jelita, szew 2 piętrowy okrężny. Przebieg bez odczynu. Zupełne wyzdrowienie.

II. Kol. J. Kowalczewski przedstawił preparat sekcyjny mięsaka zaotrzewnego i odnośne preparaty mikroskopowe.

Sekretarz A. Majewski.

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Posiedzenie z d. 5 Października r. 1904.

I. Kol. Przedborski wygłosił część II-ą odczytu: *O rozpoznawaniu i leczeniu, cierpień bocznych zatok nosa.* (Druk w Cz. L. № II z r. 1904).

II. Kol. Goldman pokazał *maskę metalową niklowaną* D-ra Sudecka w Hamburgu. Maska ta składa się z 2 części:

a) z ruchomego lejka z szerokiem dnem, zaopatrzonem w sitko; quasi lejek ten ma otwór, przez który nakładamy kawał gazy, na gazę kroplami lejemy środek narkotyczny (najczęściej eter).

b) z dolnej, dokładnie przylegającej do twarzy, nosa i ust; z boku mamy tu otwór z wentylem, przez który zużyte powietrze wychodzi na zewnątrz. Zyskujemy więc w ten sposób zupełne odosobnienie powietrza wdechanego i wydechanego.

Maskę można gotować, wyjaławiać w parze. Podczas stosowania uśpienia za pomocą tej maski wnioskujemy o miarowem oddechaniu pacyenta z miarowego pukania powietrza pochodzącego z bocznego wentylu.

Maski te istnieją w 3 formach: dla mężczyzn, dzieci i kobiet.

Dla wygody narkotyzującego, a mianowicie dla uwolnienia jednej jego ręki, D-r Sudeck podał też 2 flaszki—jednę dla chloroformu, drugą dla eteru; urządzone są one w ten sposób, aby umożliwić miarkowanie mechaniczne ilości kropli spadających w jednostkę czasu. Ustawiwszy flaszkę do góry dnem i umiarkowawszy ilość kropli spadających w przeciągu 1 minuty, można jedną ręką trzymać maskę i flaszkę Sudecka.

Koszt maski i 2 flaszek koło 10 rs.

Posiedzenie z d. 19 Października r. 1904.

I. Kol. Garliński wygłosił odczyt pod tytułem: *„Zapalenie rogówki pęcherzykowe"*. Zaznaczywszy na wstępie o trudnościach w zwalczaniu tej ciężkiej ze wszech miar choroby, G. zwraca uwagę na literaturę, odnoszącą się do pomienionej postaci chorobowej, zbyt pobieżnie traktującą sprawę zapalenia rogówki pęcherzykowego, zarówno w podręcznikach okulistycznych, jak i w prasie peryorycznej lekarskiej. W dalszym ciągu G. daje krótki opis tej choroby ze szczególnem uwzględnieniem sposobów jej leczenia. Wreszcie opisuje obserwowany przez niego przypadek, który ze względu na dodatnie wyniki odrębnie przeprowadzonej kuracyi, zasługuje na szczególną uwagę. Przypadek ten dotyczył 33-letniego I. S., który uległ wypadkowi zranienia prawej gałki ocznej gwoździem. Rana rogówki tuż przy rąbku rogówkowo-twardówkowym przenikała do przedniej komory oka; tęczówka również uszkodzona, chociaż soczewka szczęśliwie uniknęła zranienia. W dwa tygodnie po nieszczęśliwym wypadku, kiedy rana rogówkowa zaczęła się zabliźniać, wystąpiło, bez żadnej przyczyny, zapalenie rogówki pęcherzykowe. Od tej pory zapalenie wznawia się co kilka dni wśród objawów mocnego podrażnienia rzęskowego i wzmożenia ciśnienia wewnątrzgałkowego. Siła widzenia upadła do $\frac{1}{\infty}$. Wszelkie znane sposoby leczenia nie doprowadziły do żadnego skutku; nawet dokonana przez G. operacya oddzielenia zrostów i wycięcia tęczówki (iridectomia) nie miały żadnego wpływu na przebieg choroby. Wówczas G. szukał sposobów wytworzenia warunków, prowadzących do ściślejszego zespojenia nabłonka rogówki z błoną Bowmana i doszedł do przekonania, że podobnego skutku można oczekiwać przy zastosowaniu zastrzykiwań podłącznicowych sublimatu, po których, jak wiadomo, łącznica gałki ocznej niekiedy tak silnie zrasta się z tkanką podłącznicową, że dla następnych zastrzyknięć należy obierać coraz to inne miejsca na gałce ocznej. Ponieważ nabłonek łącznicy gałki ocznej przechodzi bezpośrednio na rogówkę, przeto nie jest wykluczonem, ażeby i ten ostatni po za-

strzyknięciu sublimatu nie złączył się ściślej z leżącą pod nim błoną Bowmana. Na tej zasadzie G. zastrzyknął choremu pod łącznicę $^1/_2$ szprycki Prawatza roztworu sublimatu w stosunku 1:1000 fizyologicznego roztworu soli kuchennej. Skutek był nadspodziewanie dobry: zapalenie rogówki prędko przeszło i już nie powróciło. Chory wyzdrowiał. Po 4 miesiącach G. widział chorego: na oku prawem blizna na rogówce w postaci trójkąta, opierającego się podstawą o brzeg. rogówkowotwardówkowy, a wierzchołkiem zwróconego ku środkowi rogówki. Siła widzenia=$\frac{20}{200}$.

W dyskusyi kol. Likiernik zaznacza, że cierpienie podobne spotykał tylko w przebiegu jaskry i z tego powodu kończyło się ono wyłuszczeniem gałki ocznej. Wyniki, otrzymane przez kol. G., należy uważać za wielce dodatnie.

II. Z podziękowaniem przyjęto podarowany przez kol. Serkowskiego album ze zdjęciami mikrofotograficznemi.

Posiedzenie z d. 2 Listopada r. 1904.

I. Kol. Garliński przedstawił następujące przypadki: a) chorego *po zapaleniu rogówki pęcherzykowem*, o którym mówił na poprzedniem posiedzeniu. Na rogówce trójkątna blizna. Siła widzenia większa, niż poprzednio; b) chłopca 15 letniego *z głębokiemi zmianami dna oka na tle przymiotu dziedzicznego opóźnionego*. Zmiany znaleźć można zwłaszcza w okolicy plamki żółtej, daje się też konstatować nierównomierne nagromadzenie barwnika; c) chorego, u którego po influency powstało *iritis*, obecnie zaś jest *uveitis*.

W dyskusyi kol. Pański zapytuje co do przyp. 2-go, czy kiedykolwiek spostrzegano polepszenie po leczeniu swoistem. Kol. Kaufman: czy zapal. tęczówki bywa tylko przymiotowe. Kol. Jonscher zapytuje o leczenie w przyp. 3-im.

Kol. Garliński odpowiada, koledze Pańskiemu, że rzeczywiście leczenie swoiste niekiedy bywa bezcelowe, a niekiedy nawet przeciwskazane; należy jednakże je stosować wtedy, gdy zap. tęczówki jest umiejscowione. Kol. Kaufmanowi—że przyczyną zap. tęczówki może być także gościec, rzeżączka, influenza. Kol. Jonscherowi, że leczenie polegało na stosowaniu jodku potasu i atropiny.

II. Kol. Prechner przedstawił 10 letniego chłopca, pochodzącego jakoby ze zdrowej rodziny; zaznaczyć jednakże trzeba, że matka urodziła 7 nieżywych dzieci. Skóra na znacznie powiększonym brzuchu błyszcząca i z rozszerzonemi żyłami. Wątroba i śledziona nie wyczuwają się dokładnie. Prawy płat wątroby b. bolesny na ucisk. Obwód brzucha początkowo dochodzący 69 ctm., zmniejszył się w krótkim czasie do 56 ctm. Na prawem oku opadnięcie powieki w średnim stopniu. Gałka oczna prawa — większa od lewej. Alkaliczność krwi znacznie zmniejszona. Krew zawiera b. dużo komórek eozynofilowych. Rozpoznanie waha się między gruźlicą a białaczką.

W dyskusyi kol. Pański przypuszcza, że ptosis w danym przypadku jest wrodzona i że nie znajduje się w związku z innemi objawami chorobowemi. Kol. Prechner powołuje się na wywiady, według których opadnięcie powieki istnieje dopiero od $1^1/_2$ roku.

Posiedzenie z d. 16 Listopada r. 1904.

I. Kol. Prechner przedstawia 9 letnią dziewczynkę *z drżeniem prawej ręki*. Powstało ono przed 2 tygodniami jakoby wskutek przestrachu, dotychczas istnieje bezustannie w dzień i w nocy i w ostatnich czasach się wzmogło. Odruchy mięśniowe na wszystkich kończynach są wzmożone. Matka jest nerwowa, ojciec alkoholik. Objawy podobne mogą zależeć od choroby Basedowa lub macierznictwa. Zdaniem kol. P. mamy do czynienia z macierznictwem.

W dyskusyi kol. Joncher zauważył, że przy chorobie Basedowa bywają tego rodzaju drżenia, lecz znacznie słabsze. Kol. Sterling zapytuje, czy pacyentka była leczona. Kol. Prechner powiada że dawano brom, ale bez skutku. Kol. Pański zwrócił uwagę na znaczny obszar, zajęty drżeniem: mianowicie dotknięte są mięśnie dłoni, przedramienia, ramienia i łopatki. Jeżeli drżenie powstrzymać siłą, występuje wtedy toniczne napięcie mięśni. Kol. Pański proponuje leczenie sugestyą.

II. Kol. Goldman przedstawia 13 letniego chłopca, któremu przed 10 laty usunięto jakoby kilka żeber. Obecnie widoczną jest znaczna *kyfoskolioza* z ogromnem wciągnięciem lewej połowy kl. p. Z powodu przykrego stanu pacyenta i dolegliwych nerwobólów należy spróbować wyprostowania i nałożenia gorsetu.

Dyskusya. Kol. Sterling zapytuje, czy przy resekcyi żeber nie dałoby się uniknąć takiego wciągnięcia następczego kl. p. przez wycięcie części żeber we we wszystkich żebrach prawdziwych da-

nej połowy kl. p. Kol. G. odpowiada, że zwykle takie retrakcye nie mają miejsca, a w danym przypadku zjawisko to powstało wskutek zmian w płucach. Pacyent pochodzi z rodziny gruźliczej.

III. Kol. Ksawery Jasiński przedstawia 2 preparaty: a) *torbiel jajnika o skręconej szypule*. D. 17. X. r. b. kol. J. znalazł w lewej połowie podbrzusza guz wielkości jajka kurzego; brzuch nieco bolesny. W kilka dni potem przy znacznej bolesności i wzdęciu brzucha oraz przy podniesionej ciepłocie skonstatowano, że guz powiększył się w dwójnasób. Przy operacyi znaleziono torbiel jajnika prawego, przemieszczonego na lewo dzięki długiej szypule. Skręcenie szypuły było tak silne, że ona pękła, przyczem krew się wylała do jamy brzusznej. Drugi jajnik był zwyrodniały i również został wyjęty. Przebieg pooperacyjny dobry.

b) *Guz międzywięzadłowy*, pochodzący od 45 letniej pacyentki, która przed kilkunastu laty rodziła; ostatnia menstruacya w Maju r. b. Okoliczność ta w połączeniu z nierównościami guza, przypominającemi drobne części płodu, nasuwały przy zewnętrznem badaniu przypuszczenie ciąży. Przy wewnętrznem jednak badaniu wykazało się, że guz wypełnia całe prawe sklepienie, macica zaś cała została przesunięta do lewego więzu Pouparta. Rozpoznano tedy guz międzywięzadłowy. Przy operacyi znaleziono guz pomiędzy blaszkami prawego więza szerokiego. Po podwiązaniu naczyń i wypreparowaniu guza zaszyto pozostałą lukę. Guz jest prawdopodobnie mięsakowy. Z przebiegu pooperacyjnego zasługuje na uwagę następujący szczegół: chora w ciągu pierwszych 2 dni nie wymiotowała, trzeciego dnia jednakże wystąpiły nudności, wymioty i silne wzdęcie brzucha, jednem słowem objawy niedrożności kiszek paralitycznej. W 10 minut po zastrzyknięciu podskórnem $1^0/_{00}$ eserini salicylici odeszło dużo gazów, brzuch opadł. Stan chorej znakomicie się poprawił.

W dyskusyi kol. Saks zaznacza, że w szpitalu żydowskim w podobnych przypadkach niedrożności po operacyi z dobrym skutkiem stosowano wlewania z dodatkiem Ol. rycinowego i terpentyny.

IV. Kol. Rundo pokazał preparat, który na 11 dzień po normalnym porodzie znaleziono w pochwie wielórodki. Chora cały czas po porodzie krwawiła bardzo silnie. Guz ten makroskopowo ma wszelkie cechy jaja płodowego. R. przypuszcza, że jest to drugi płód z bliźniąt, który na podobieństwo foetus papyraceus został zatrzymany w rozwoju.

W dyskusyi wzieli udział koledzy Ks. Jasiński, Kaufman i Saks.

Posiedzenie z d. 7 Grudnia r. 1904.

I) Kol. Pański przedstawia chorą *z objawami mięszanemi depresyi i manii* (manisch-depressiver Irrsinn). 26 letnia chora, od 7 lat zamężna, nie zachodziła nigdy w ciążę. Przed kilku już laty były pewne zaburzenia psychiczne, trwające 5 miesięcy. Obecnie od kilku tygodni chora absolutnie nie sypia, całemi nocami chodzi po pokoju i wciąż rozmawia z mężem lub z sobą samą. Idée fixe polega na przypuszczeniu, że mąż z nią się rozwiedzie, ponieważ jest waryatką. Stygmatów histeryi niema. Jakkolwiek chwilowo przebieg jest łagodny, koniecznym jednakże jest ścisły dozór, ponieważ tego rodzaju chorzy są skłonni do samobójstwa.

W dyskusyi kol. Kaufman zapytuje, czy można się spodziewać burzliwych napadów maniakalnych. Kol. Rundo pyta o rokowanie. Kol. J. Kohn—czy ciąża mogłaby dodatnio wpłynąć. Kol. Pański odpowiada, że napady maniakalne zdarzają się często, że nawroty choroby mogą się zdarzać aż do czasu przekwitu płciowego, i że przy takich cierpieniach ciąża może wywrzeć wpływ tylko ujemny.

II) Kol. Likiernik demonstruje: a) chorą, u której dokonał całkowitego wyłuszczenia worka łzowego; poleca ten zabieg u niezamożnych, dla których leczenie zachowawcze, trwające lata całe, jest niedostępne.

b). przyp. ectropium. wyleczony operacyjnie przez przemieszczenie zdrowej skóry.

W dyskusyi kol. Garliński co do 1 przyp. zaznacza, że po wyłuszczeniu worka łzowego chory cierpi na nieustanne łzawienie, przy zachowawczem zaś leczeniu może być narażony na owrzodzenie rogówki. Wybierając z dwojga złego mniejsze, można niekiedy decydować się na wyłuszczenie, nie należy jednak uważać tego zabiegu za prawidło. Co do 2 przyp. zdaniem kol. G. operacya podwinięcia powieki byłaby idealną wtedy, gdyby można było odwinąć chrząstkę, bez czego wszelkie zabiegi mają wartość tylko względną. Metoda Macheka ma tę niedogodność, że gałka oczna styka się ze skórą. Lepiej w tych przypadkach przeszczepić błonę śluzową z jamy ustnej. Kol. Koliński dowodzi, że metoda Macheka daje zwykle dobre wyniki.

W odpowiedzi kol. Likiernik co do 1 przyp. sądzi, że wobec nawrotów dacrocystytis wyłuszczenie worka łz. jest dobrodziejstwem, a co do 2 przyp.—należy wygiąć chrząstkę.

IV. Kol. Likiernik pokazał preparat otrzymany przez operacyjne leczenie opadnięcia łącznicy do szczeliny ocznej. Usunięto tę część fałdy przejściowej, która zajmowała górną część rogówki.

V. Kol. Przewodniczący odczytał protokół z posiedzenia Zarządu. Wnioski Zarządu zostały przyjęte.

VI. Przewodniczący przeczytał odezwę Rady opiekuńczej kursów wieczornych przy stowarzyszeniu subjektów handlowych, proszącej o wskazanie kandydatów do wykładu fizyologji psychologicznej. Wybór przekazano Zarządowi.

VII. Przewodniczący przeczytał odezwę lekarzy Kieleckich, zapraszający Tow. Lek. Ł. na inauguracyjne posiedzenie Tow. Kieleckiego z d. 17. XII. 1904. Postanowiono wysłać delegacyę, złożoną z przewodniczącego, Kolińskiego, Pańskiego i Sterlinga.

VIII. Kol. Garliński demonstruje kilkodniowe dziecko z zupełnym brakiem gałek ocznych.

Posiedzenie z d. 21 Grudnia 1904 r.

I. Kol. Goldman przedstawia pacyenta, na poprzedniem posiedzeniu demonstrowanego z powodu wciągnięcia lewej połowy kl. p., któremu sporządził gorset z mięszaniny acetonu z celuloidem, bardzo lekki i dobrze przylegający; dzięki gorsetowi skrzywienie jest w znacznej części wyrównane.

II. Kol. Perlis przedstawia chłopca kilkunastoletniego, który, po dokonanej przed 10 laty tracheotomii, stale nosi rurkę, co kilka lat zmienianą; po 4-letniej przerwie założono przed 6 miesiącami świeżą rurkę. Obecnie zjawił się znowu z prożbą o zastąpienie nadłamanej--inną. Przy próbie wyjęcia okazało się, że wskutek uwięznięcia śluzówki w okienku rurki i utworzenia się dokoła fibrogranulomatu nastąpiło zrośnięcie rurki z tylną ścianką tchawicy, które da się usunąć tylko na drodze operacyjnej.

III Kol. Garliński w zastępstwie nieobecnego kol. Likiernika demonstruje 4 chorych, u których kol. L. z powodu wyrastania rzęs w stronę gałki ocznej dokonał z zupełnem powodzeniem odwrócenia rzęs przez przemieszczenie płatów skóry na powiekach.

IV. Kol. Ks. Jasiński przeczytał postanowienie Komitetu bibliotecznego, zatwierdzone przez Zarząd, dotyczące prenumeraty pism na r. 1905.

Bronisław Handelsman.

Sprostowanie. Na str. 453 (r. 1904) w. 22 od góry zamiast „ulceris serpiginosi“ powinno być „*ulc. rodens*“. Zamiast: „opisano“ powinno być: „Prelegent przedstawia drugi przypadek“. Zamiast: „przyczyną“ powinno być: „w tym przypadku znaleziono“.

Krytyka i bibliografia.

Zdzisław Dmochowski. **Dyagnostyka anatomo-patologiczna. Cz. I. Klatka piersiowa.** Warszawa 1905. Wydawnictwo „Gazety lekarskiej“ przy współudziale Kasy pomocy dla osób pracujących na polu naukowem im. Mianowskiego. Stronic IV + 421. Rysunków 163.

Dzieło prosektora Uniwersytetu Warszawskiego, kol. Z. Dmochowskiego, chcemy tu rozpatrzeć pod specyalnem kątem widzenia: jaką zeń korzyść odnieść może lekarz-praktyk, specyalnie: lekarz prowincyonalny.

W lekturze lekarzy, którzy po za pogonią za nowemi receptami interesują się postępem medycyny, przeważa dział poświęcony etyologii, przeważnie więc bakteryologii. Jest to konieczny hołd składany temu działowi, który w chwili obecnej najżywiej zajmuje umysły. Nie dzieje się to jednak z korzyścią dla rozwoju umysłowego tych lekarzy, że sprawy chorobowe rozpatrują tylko z jednego punktu widzenia, tracąc z biegiem czasu z pamięci te wiadomości o zmianach chorobowych, które w czasach niezbyt dawnych były podstawą ich pojęć o chorobie.

Otóż odświeżenie sobie wiadomości o zmianach patologicznych —to pierwsza korzyść z książki, o której mówimy. Wy-

kład kol. Dmochowskiego nie jest schematycznym podręcznikiem, którego czytanie by nużyło; przeciwnie—jest to żywo napisany wykład *dyagnostyki*; tok wykładu trzyma się tej kolejności, w jakiej objawy nasuwają się lekarzowi przy wykonywaniu autopsyi, a wielka obfitość rycin—i to bardzo wyraźnych--ułatwia zrozumienie wykładu.

Wielu lekarzy prowincyonalnych (w przeciwieństwie do lekarzy stołecznych) od czasu do czasu występować musi w charakterze lekarzy-rzeczoznawców, a więc i autopsye wykonywać; więc też polski podręcznik anatomii patologicznej, uwzględniający tak obszernie dział makroskopii i topografii—stać się może dla nich bardzo ważną pomocą przy rozwiązywaniu nasuwających się zagadnień i zadań.

Znając pracowitość kol. Dmochowskiego, nie wątpimy, że (wbrew pewnej tradycyi przekazanej przez kilku naszych uczonych) zaczęty podręcznik ukończy.

Tego z całego serca nauce polskiej i lekarzom życzymy.

Leon Karwacki. **Sero-dyagnostyka spraw zakaźnych.** Warszawa. 1904. Str. 200. Tablic II.

Treścią dzieła kol. Karwackiego jest przedstawienie obecnego stanu nauki o biologicznej i dyagnostycznej roli tych zmian w organizmie, które warunkują przebieg i zejście spraw zakaźnych. Praca ta zawiera wielki szereg badań oryginalnych, przez autora wykonanych, i stanowi poważny dorobek nauki polskiej.

Do niedawna cały balast naukowy z dziedziny etyologii chorób zakaźnych ograniczał się na zapamiętaniu nazwy danego drobnoustroju, rodzaju jego zachowania się w różnych sztucznych odżywkach (podłożach) i sposobów dostawania się do organizmu ludzkiego.

Dziś znajomość tej morfologicznej bakteryologii nie wystarcza; kto chce z r o z u m i e ć sposób działania drobnoustrojów—musi poznać prace z dziedziny biologii bakteryi.

W literaturze polskiej najlepszem — w tej chwili—w tej dziedzinie źródłem jest dzieło kol. Karwackiego.

Prace laboratoryum anatomii patologicznej szpitala Żydowskiego w Warszawie. Wydawane przez *J. Steinhausa*, zarządzającego pracownią. Zeszyt I. z 3 tablicami rysunków. Warszawa 1904. Stronic 42.

Z uznaniem powitać należy nowe wydawnictwo, świadczące o istnieniu przy szpitalu Żydowskim w Warszawie ogniska naukowego, poświęconego podstawowej gałęzi wiedzy lekarskiej — anatomii patologicznej.

W pierwszym zeszycie tego wydawnictwa wydrukowano następujące prace: Przyczynek do nauki o histogenezie nabłoniaków złośliwych kosmówki (Chorionepithelioma malignum), przez J. Steinhausa. — O guzach zapalnych ślinianek, przez J. Steinhausa.—O szklistem zwyrodnieniu w rogówce, przez Leona Endelmanna.

W przedmowie do tego zeszytu wyliczono prace naukowe w tem laboratoryum dotąd (odr. 1898, t. j. od objęcia kierownictwa pracowni przez kolegę Steinhausa, wykonane); znajdujemy tu 19 prac wykonanych przez samego kierownika, następnie prace kolegów: Sołowiejczyka, Oderfelda, Bregmana, Krauzego i Kleina— wykonane wspólnie z kol. Steinhausem; wreszcie prace kol. Pechkranca, Wesołowskiego, Wacł. Sterlinga, Z. Endelmana, Fryszmana i Raszkesa.

Te wszystkie prace, w liczbie 34-ch, były drukowane w różnych pismach lekarskich.

Józef Piotrowski. **O wpływie klimatu górskiego na ustrój.** Odczyty kliniczne 1904. Zeszyt 3 i 4. Stronic 75.

Stosowanie czynników fizykalnych co raz szersze zajmuje miejsce w lecznictwie. Praca D-ra Piotrowskiego jest poświęcona jednemu z tych czynników, klimatowi górskiemu. Wobec walki w poglądach na znaczenie tego czynnika w terapii choroby najbardziej upowszechnionej, w terapii suchot płucnych— praca jest bardzo na czasie i wszechstronnie tę sprawę wyświetla. Niezależnie od lecznictwa chorób płucnych są tu uwzględnione wskazania i przeciwwskazania do stosowania klimatu górskiego i w innych cierpieniach przewlekłych.

Kalendarz lekarski na r. 1905. *Wydawnictwo J. Polaka.*

Znane wydawnictwo zawiera w tem wydaniu—poza działem informacyjnym — następującą treść: Artykuły nowego kodeksu karnego rossyjskiego, odnoszące się do obrony zdrowia publicznego. O metodzie inhalacyjnej. Nauka o żywieniu chorych. O surowicach i szczepionkach swoistych. Spis środków lekarskich, ich postać, dawki i użycie.

Spodziewać się należy, że to pożyteczne wydawnictwo znajdzie, jak i w latach ubiegłych, licznych przyjaciół.

KRONIKA.

— 1 — Dwutygodnik „Kronika lekarska“ ukończył 25-ciolecie swego istnienia.

Ile pracy, wytrwałości i zapału włożono w ciągu takiego czasu, ten tylko pojmie, kto zna warunki wydawania pisma lekarskiego u nas!

Z okazyi jubileuszu życzymy „Kronice“ i nadal powodzenia.

— 2 — W dniu 17 Grudnia r. ubiegłego otwarto nowe towarzystwo lekarskie prowincyonalne, w Kielcach.

Nowemu towarzystwu złożyliśmy życzenia jaknajpożyteczniejszego rozwoju przez specyalnego delegata, którym był redaktor naszego pisma.

— 3 — Nowe ambulatoryum bezpłatne w Łodzi. Założone przy chrześciańskiem Towarzystwie dobroczynności ambulatoryum bezpłatne rozwija się należycie, oddając rzetelne usługi mieszkańcom.

Obecnie zgłasza się osobiście do ambulatoryum na ul. Dzielną № 52 codziennie po kilkadziesiąt osób, które oprócz porady lekarskiej, otrzymują na podstawie przedstawionych recept lekarstwa z aptek za opłatą po 10 kop. bez względu na jakość przepisanych środków.

Dla umieszczenia chorych po dokonanej operacyi, których stan zdrowia wymaga kilkodniowego leżenia, lub też przybyłych na poradę osób, które nagle zasłabły — Zarząd ambulatoryum przeznaczył jeden pokój o dwóch łóżkach.

Wkrótce urządzony zostanie drugi pokój z dwoma łóżkami, aby tym sposobem utworzyć dwa oddziały — dla kobiet i mężczyzn.

Z otrzymanej z kasy miejskiej zapomogi Zarząd ambulatoryum poczynił już zakupy niezbędnych narzędzi lekarskich i zamierza jeszcze nabyć różne utensylia, potrzebne przy czynnościach lekarzów chirurgów, okulistów i laryngologów.

W myśl pierwotnego projektu, niezależnie od udzielanych porad na miejscu, Zarząd ambulatoryum utworzył od miesiąca 4 stałe posady lekarzów, których zadaniem jest odwiedzanie w mieszkaniach ciężko chorych, pozbawionych możności zgłaszania się do lecznicy.

Obowiązki takich ordynatorów pełnią: w obrębie pierwszego cyrkułu dr. Sikorski (Nowy Rynek № 10), w obrębie drugiego cyrkułu dr. Kaczmarkiewicz (Mikołajewska № 95); w obrębie 3-go cyrkułu dr. Mittelstaedt (Piotrkowska № 200) i w obrębie czwartego cyrkułu dr. Łukasiewicz (Zarzewska № 36).

Każdy z wymienionych lekarzów udaje się do chorego na podstawie nadesłanej mu informacyi i adresu przez przewodniczącego odnośnego Komitetu cyrkułowego. Prócz porady lekarskiej, każdy z chorych otrzymuje także i lekarstwo z apteki, za opłatą 10 kop.

Według danych, gromadzonych przez przewodniczących w komitetach, liczba chorych, korzystających w tej formie z pomocy ambulatoryum, jest znaczna.

W przyszłości, o ile okaże się potrzeba, Zarząd ambulatoryum zamierza powiększyć liczbę stałych lekarzów, z usług których korzystać będą chorzy, skazani na ciągłe przebywanie w domu.

Wynagrodzenie lekarzów oznaczone zostanie po Nowym Roku. Jako norma przyjęta ma być liczba kartek, składanych w Zarządzie ambulatoryum (każda kartka odpowiada jednej wizycie), a honorarium za każdą wizytę ma być nie mniejsze, niż 50 kop. („Rozwój“).

— 4 — „Tydzień“ piotrkowski umieścił w № 52 z roku ubiegłego następującej treści notatkę:

„Doktorzy łódzcy niektórzy, pochodzenia żydowskiego, wystąpili do władzy z oskarżeniem łódzkiej komisyi poborowej, jakoby ta kwalifikowała z grona lekarzy łódzkich na Daleki Wschód przeważnie żydów, oszczędzając chrześcijan. Oskarżenie to okazało się naturalnie bezzasadnem i.. w fatalnem świetle postawiło oskarżających“.

W № 3 tegoż pisma z r. b. czytamy:

Od Towarzystwa Lekarzy m. Łodzi otrzymujemy co następuje:

„Szanowny Redaktorze! W № 52 „Tygodnia“ z r. 1904, w rubryce „Kronika Piotrkowska“ zamieszczoną została notatka, oskarżająca „niektórych lekarzy łódzkich pochodzenia żydowskiego“ o denuncyjacyę. Oskarżenie takie rzuca cień na wszystkich lekarzy pochodzenia żydowskiego, zamieszkałych w Łodzi, których ilość jest dość znaczna.

„Towarzystwo Lekarskie łódzkie, jako instytucya, stojąca na straży etyki lekarskiej, uważa się za zmuszone zabrać głos w tej sprawie i prosić Szan. Redakcyę „Tygodnia“ o bliższe wyjaśnienie notatki rzeczonej, a mianowicie, podanie nazwiska denuncyanta, ewentualnie denuncyantów, by oczyścić z możliwego, a ciężkiego zarzutu znaczne grono ludzi, głęboko dotkniętych tem uogólnieniem.

„O ile istnienie denuncyacyi nie jest dowiedzionem, a notatka rzeczona jest oparta na pogłoskach, to żądać będziemy sprostowania w odpowiedniej formie. Sądzimy, że Szanowna Redakcya zrozumie moralne pobudki wystąpienia Towarzystwa i ułatwi przez zadość uczynienie naszej prośbie możność oczyszczenia z rzuconej kalumnii całej grupy ludzi, zasługujących na ogólny szacunek i poważanie.

Prezes Dr. *Karol Jonscher.*
Sekretarz Dr. *Mieczysław Kaufman.*

(*Przypisek Redakcyi*). Wobec powyższego, radzimy Szanownemu Towarzystwu postarać się o przeczytanie odnośnej w tej sprawie korespondencyi urzędowej, na której chociaż spoczywa pieczęć tajemnicy stanu, to jednak dla Towarzystwa może się ona okazać łatwiejszą niż dla nas do przełamania. Dziwi nas bardzo wystąpienie w tej sprawie Towarzystwa, któregośmy przecież ani jednem słowem nie dotknęli“.

Odpowiedź Redakcyi „Tygodnia“ dostatecznie demaskuje kruchość podstawy, na jakiej oparto to całe oskarżenie.

Należy nazwać albo wykrętem odpowiedź albo nieuczciwem samo oskarżenie, oparte na pogłoskach, na których—w takiej sprawie—żadne szanujące się pismo oskarżenia nie powinno opierać.

Redakcyę „Tygodnia“ dziwi, że Towarzystwo lekarskie łódzkie ujmuje się za honor lekarzy łódzkich. Słusznie; tam, gdzie lekkomyślnie wolno stawiać takie zarzuty, tam też nie może być zrozumienia dla „moralnych pobudek“, na jakie się Tow. Lek. Ł. powołuje.

— 5 — „Echa płockie i włocławskie“ umieściły w № 97) następującą uwagę:

„Dziwna etyka. Niektórzy z włocławskich synów Eskulapa dziwną rządzą się etyką, cechującą prawdziwie prowincyonalizm małomiasteczkowy.

Oto paru z nich przyjęło za zasadę odmawiać pomocy chorym, którzy posiadają swego domowego lekarza, lub też, jeśli wiedzą, że inny lekarz był już wzywany. Nie uwzględniają nawet nagłych wypadków, gdzie chodzi o życie człowieka, jak to miało świeżo miejsce w ostatnich dniach w domu państwa M.

Zdarzają się też wypadki, mające komiczny przebieg. Oto lekarza wzywa ktoś, co przedtem nigdy nie chorował. Doktór X. (autentyczne) odmawia przybycia, ponieważ w domu państwa Y nie leczy.

— Ależ państwo moi nigdy nie chorowali—rzecze służąca—i żaden doktór dotąd nie bywał.

Po takiem wyjaśnieniu pan doktór decyduje się dopiero przybyć.

Wobec tego, że sprawa tej dziwnej etyki lekarzy włocławskich jest obecnie przedmiotem szerokiej dyskusyi i my też otwieramy szpalty „Ech“ dla rozpatrzenia jej i wyświetlenia.“

Zaiste! D z i w n a to etyka kieruje takiem postępowaniem lekarzy, nie tylko zresztą Włocławskich.

Powszechnie tłumaczy się ono względami rzekomo koleżeńskimi: niewchodzenia w drogę koledze. W rzeczywistości gra tu rolę, najczęściej, bardzo nieetyczna chęć wyzyskania położenia, chęć dokuczenia za to, ze ów chory korzysta zwykle z pomocy innego lekarza.

Że jest to „etyka dziwna“ — dwu zdań być nie może.

Prócz tego jest to jeszcze postępowanie niemądre, które w znakomitej większości wypadków szkodzi lekarzowi, bo doń zniechęca.

Niema bowiem wśród zarzutów, jakie lekarzowi—słusznie, czy niesłusznie—czynić mogą gorszego, niż zarzut: nieludzkości. A nieludzkim nazwać wolno lekarza, który z pobudek tej kategoryi, o jakich wyżej mowa, odmawia swej pomocy.

Naszem zdaniem, do łóżka chorego powinien pośpieszyć lekarz nie tylko wtedy, gdy wie, że stale w danej rodzinie leczy inny lekarz, ale nawet wtedy, kiedy wie, że w danym przypadku choroby ktoś inny rozpoczął leczenie.

Inna sprawa, jak się ma w dalszym ciągu zachować, czy ma kuracyę—przez innego rozpoczętą—prowadzić, czy też zażądać, jak to jest powszechnie przyjęte, narady z poprzednim ordynatorem, czy też wprost odmówić dalszego leczenia, ponieważ pomoc jego jest zbyteczna.

Ale odmawiać pomocy bez obejrzenia chorego i tylko dla tego, że inny kolega jest tam stałym lekarzem domowym, czy

ordynatorem w danym wypadku — jest czynem nieetycznym.

— 6 — Ostatni numer zeszłoroczy kończy „Gazeta lekarska“ taką uwagą:

„Kończący się z dniem dzisiejszym rok wydatne zajmie stanowisko w historyi i z wielu względów będzie on na długo pamiętnym. Nie kusząc się na bliższą jego charakterystykę, zaznaczyć musimy, iż dziwnie przygnębiające wrażenie wywarł on i na stosunki nasze dziennikarsko-lekarskie. Lekarze w ogóle, a specyalnie tutejsi, nie należeli nigdy do bezwzględnie pracowitych. Przyzwyczajeni jesteśmy od dziesiątków lat do widoku mnóstwa lekarzy, którzy po skończeniu uniwersytetu pozostają na krótszy lub dłuższy czas w Warszawie, dla dopełnienia wiadomości zawodowych lub wyrobienia sobie praktyki. Zdawałoby się, iż dla jednych, jak i drugich najprostszą drogą, prowadzącą do tego celu, jest uczęszczanie do szpitali i pracowni, studya w domu nad wiadomościami, zdobytemi w ciągu dnia, oraz śledzenie postępów nauki. Tymczasem ani szpitale, ani pracownie nie roją się od nich, a o czytaniu i spożytkowaniu czytanego jakoś nie wiele słychać. Referowanie prac uznane jest przez wszystkich za wyborną gimnastykę umysłu, nieszkodliwą dla nikogo, a pożyteczną wielce, zwłaszcza dla początkujących. Czyta się bowiem wówczas uważniej, a streszczając, głębiej się zastanawia nad każdym szczegółem i głębiej szczegóły te pozostają w pamięci. To też w pismach lekarskich zagranicznych nie wstydzą się referować poważni i zasłużeni uczeni. Zdawałoby się, iż choćby z tych powodów—że pominiemy korzyść materyalną, prawda, ze względu na nasze stosunki, niezbyt wielką,—czasopisma nasze powinny być zalane referatami, gdy tymczasem, przeciwnie, redakcye muszą na nie robić istne polowania i to często *par force.* To próżniactwo doszło w r. b. do niebywałych rozmiarów, ogarnęło bowiem nawet jednostki dotychczas czynne na tem polu. W zamian ogarnęła większość lekarzy chęć gadulstwa, opowiadania ciekawych szczegółów, niby tylko im wiadomych, a najczęściej nie wiele różniących się od zwykłej plotki; ogarnęła ich jakaś bojaźliwość, która dotknęła nawet jednostki niezagrożone, z powodu wieku lub stanowiska, żadną niespodzianką. Stali się oni tem szkodliwsi, iż sami grzesząc bezczynnością, hamująco oddziaływają na innych, bo i próżniactwo jest zaraźliwe. Nie dziw, iż odbiło się to i na czasopismach lekarskich, na co publicznie i prywatnie skarżą się wszyscy redaktorowie. Życzymy im i sobie, aby nadchodzący rok podziałał na nich kojąco, aby czem prędzej doszli do spokoju i równowagi, tak potrzebnych dla każdej pracy, a zwłaszcza umysłowej i aby nie zapominali, iż czynów, a nie gadania nam potrzeba“.

Zgadzając się z Sz. Redakcyą „Gazety“ w jej sądach o małej pracowitości naczych lekarzy i o anegdotomanii, jaka specyalnie się w ostatnich czasach wzmogła, zauważyć jednak musimy, że chwila obecna wszystkich choć nieco wrażliwych z równowagi wyprowadzić musi, że lekarz nie tylko jest zawodowcem, ale i obywatelem; że— wreszcie — czyny często muszą być poprzedzone przez słowa.

— 7 — „Gazeta lekarska“ donosi, że Warszawska Rada Miejska Dobroczynności publicznej na ostatniem swem posiedzeniu zadecydowała, iż odbyty we wrześniu r. b. konkurs na posadę ordynatora chorób dróg moczowych w szpitalu Ś-go Ducha, (o czem pisaliśmy na str. 395 w r. 1904) był niedostateczny, gdyż wbrew wymaganiom ustawy kandydaci nie robili operacyi na trupie, i że nieformalność ta powinna zostać dopełniona. Mamy nadzieję, iż taż Rada, aby uniknąć zarzutów, jakie pisma podnosiły po ostatnim konkursie, a które były tylko małą cząstką tych, o jakich opowiadali członkowie i świadkowie konkursu, zadecyduje również i szczegóły procedury tego dodatkowego konkursu, a przedewszystkiem — jawność pod każdym względem, aby tym sposobem przeciąć możność plotkowaniu, a z drugiej strony, aby protekcya lub faworyzowanie jednostek przestały nareszcie odgrywać także pewną rolę w konkursach lekarskich.

— 8 — „Nowiny lekarskie“ w zeszycie 12 piszą:

„Rok przyszły zapowiada się nam ciężki, nie tylko tu u nas w Poznańskiem, ale zwłaszcza w krajach pod rządem rosyjskim, w których tyle sił młodych, ochotnych do pracy naukowej, powołano na daleki Wschód do ambulansów i i lazaretów wojskowych. Czy w obec takiego ubytku pracowników i prenumeratorów będą mogły się utrzymać liczne polskie pisma lekarskie, jakie do-

tąd tam wychodziły? Nad tem pytaniem należy się nam zastanowić tem więcej, że nie brak zapowiedzi powstania nowych czasopism lekarskich z Nowym rokiem. Powiększeniu ilościowemu czasopism chcielibyśmy zapobiedz, bo nie tylko nie uważamy potrzeby większej ich liczby, ale wprost twierdzimy, że przy coraz większej liczbie tygodników, dwutygodników i miesięczników lekarskich, wszystkim działom medycyny poświęconych, koniecznie musi ubożeć treść ich, tembardziej, że materyał najcenniejszy pochłaniają coraz liczniejsze u nas pisma specyalne, którym uprawnienia nie można odmówić. Czasopisma te, jak nawet i większa część tych, co wszystkie działy medycyny obejmują, dotąd u nas nie opłacają się wydawcom; a więc społeczeństwo lekarskie polskie wydaje nieproduktywnie niemało grosza na podtrzymanie deficytów tych wydawnictw. Gdyby jeszcze emulacya czasopism z sobą podnosiła poziom naukowej wartości pracy lekarskiej, ale i tego niemożemy powiedzieć, jeśli się rozpatrzymy w czasopiśmiennictwie polskiem.

W Warszawie n. p. jest stanowczo czasopism lekarskich dosyć. Każdy zakus pomnożenia ilości ich tamże byłby narazie wielkim błędem. Do naszego pisma stosować tej miary jednak nie możemy, bo jest ono jedynem pod zaborew pruskim czasopismem, jedynym objawem życia naukowego polskich lekarzy w tym zaborze. Nie przypuszczamy więc, by ktokolwiek z lekarzy polskich pragnął upadku „Nowin lekarskich", którym uznanie i przychylność coraz jawniej okazują koledzy zakordonowi. Z tego też powodu sądzimy, że nikt nas nie posądzi, żebyśmy mówili *pro domo sua*, przestrzegając przed projektami założenia nowego czasopisma lekarskiego. Zresztą, nie pierwsi tę sprawę poruszamy. Poruszył już ją „Przegląd lekarski" a także „Gazeta lekarska" i warszawska „Medycyna", biorąc asumpt z narzekań Niemców na nadmierną liczbę niemieckich czasopism lekarskich, w których się rozpatrzeć przechodzi siły jednego człowieka. My najzupełniej się godzimy na zapatrywanie czasopism powyżej wymienionych, że w interesie prasy lekarskiej polskiej leży przedewszystkiem podniesienie jej jakości, a nie jej ilościowe pomnożenie, ani też większe jeszcze rozpraszanie piśmienniczych sił. W każdym razie, chwilę obecną uważalibyśmy za najnieodpowiedniejszą do takich zabiegów konkurencyi na polu piśmiennictwa lekarskiego".

„Przegląd lekarski" dodaje do powyższego następujące uwagi:

„Tak brzmi przestroga miesięcznika wielkopolskiego.

Jeśli dziennikarstwo wyraża istotnie myśl ogółu, a przynajmniej jego większości, to polska prasa lekarska trzech zaborów nie dwuznacznie oświadczyła, że mnożenie polskich czasopism lekarskich w obecnej chwili uważa wprost za szkodliwe, gdyż nie odpowiada ono ani stopie naszej wytwórczości naukowej, ani wydolności finansowej, ani też zapałowi ogółu do czytelnictwa. Pojmujemy to wszyscy, że naród podzielony na trzy połacie i zmuszony żyć w niejednakich warunkach bytu ma wielką trudność zoryentowania się w tych sprawach, które, jak n. p. wydawnicze, obejmują cały ogół; nic więc dziwnego, że z poziomu jakiegoś zakątka kraju ma się za zasługę to, co z wyżyny, obejmującej cały horyzont naszych potrzeb duchowych, okazuje się zbędne, lub nawet szkodliwe: ze szczytu tej wyżyny powinniśmy dojrzeć, że niektóre dzielnice naszego kraju nie posiadaję zorganizowanej pracy naukowej, nie mają warsztatów, na których się tka przędza wiedzy: piśmiennictwo, jakie pomimo wszystkiego tam istnieje, trwa jedynie dzięki wysiłkom dzielnych ludzi; naruszyć równowagę w tym dzisiejszym stanie posiadania, to znaczy więcej niż upadek jednego czasopisma, to silna depresya na całym obszarze tej bezprzykładnaj walki ducha o byt i jego prawa. Wierzymy święcie, że stan lekarski polski posiada tyle subtelnego poczucia potrzeb ogólnonarodowych, że potrafi pohamować zamiary partykularne do nadejścia pomyślniejszych warunków dla nauki polskiej.

W dalszym ciągu wyżej przytoczonego oświadczenia „Nowin lekarskich" czytamy:

„Za to popieralibyśmy najmocniej całkiem inny projekt, okazania pewnej s o l i d a r n o ś c i m i ę d z y k o l e g a m i p o l s k i m i. Widząc, że setki kolegów naszych, powołanych na Wschód Azyi, pozostawić musiało w domu żony i dzieci, które głód cierpieć będą, bo pomoc im udzielana jest bardzo małą, odzywamy się do czytelników naszych, mianowicie do tych, co nie

mieszkają za kordonem rosyjskim, bo ci, niezawodnie, patrząc na tę potrzebę z blizka, pojęli ją oddawna i jej zaradzić się starają, a więc do kolegów w zaborze pruskim i austryackim, by i oni się przyczynili do złagodzenia najniezbędniejszych potrzeb rodzin tych, co na plac boju pójść musieli, hojnemi składkami z okazyi zbliżającej się „Gwiazdki", życząc zarazem pozostałym żonom i osieroconym dzieciom, aby ich jutro było jaśniejsze, a nie jak dziś—szare. Takim damy najlepszy dowód, że nas obchodzi los naszych kolegów, którzy zaiste nie wesołe święta spędzą na Dalekim Wschodzie. W tej myśli i w tym celu otwieramy składki".

„Szlachetne to wezwanie, poparte już znaczną kwotą złożonej ofiary, odezwie się serdecznem echem śród lekarzy polskich. Bylibyśmy bardzo wdzięczni redakcyom polskich pism lekarskich, wychodzących w Królestwie, gdyby zechciały przedmiotowo przedstawić istotny stan poruszonej sprawy i podały drogi, któremi tego rodzaju działalność dałaby się urzeczywistnić."

— 9 — „W Sib. wr. wiedom." znajdujemy list lekarza wojennego, w którym opowiada, co następuje:

„Na zapytanie władzy wyższej o przyczyny zachorowywań szczerze wypowiedziałem wszystko według mego przekonania; wszystkiego wysłuchano spokojnie, ale kiedy wspomniałem o 30 chorych na dysenteryę, obrazek zmienił się. „To zbrodnia mówić o dysenteryi, kiedy jej niema i nie powinno być"— usłyszałem od władzy i odtąd w dyagnozach można było dostrzedz tylko widniejące uwagi: „*Col. ac*" — i nic więcej.

Innym razem jenerał w towarzystwie starszego lekarza oglądał słabych. Stoję tuż z próbą chleba żołnierskiego, rozdanego wbrew rozporządzeniu lekarza. Chleb ten był pokryty warstwą aksamitnej, pysznej pleśni. Zdawałoby się, że oto pewna przyczyna zachorowań na zaburzenia w przewodach pokarmowych. Aliści jenerał, nie zwracając wcale uwagi na ten *corpus delicti*, surowo indaguje:

— Czy żołnierze noszą nabrzuszniki?

— Nic nie noszą W. E.

— A czy mają nabrzuszniki?

— Wszyscy je porzucili.

Rozpoczyna się rozprawa, podczas której wyjaśniło się, że źródłem wszystkich zachorowań jest nienoszenie przez żołnierzy nabrzuszników."

„Żałować należy,—dodaje od siebie *Ruś*—że rozprawiający jenerał nie nosi silnych okularów, ponieważ widocznie jest on—krótkowidzem."

— 10 — Z listów lekarzy z Charbina:

I.

„Ustawa wojenna pozwala żołnierzowi chorować na 123 rozmaite choroby, odpowiednio ponumerowane, które mogą być leczone u nas za pomocą 101 środka lekarskiego. Gdy te nie pomagają, to znowu istnieją 73 punkty, na których zasadzie żołnierz może być uwolniony od służby. Wszystko musi być odpowiednio opisane, a rzecz główna—to papier. Papiery muszą być w porządku. Na papier nasza kancelarya szpitalna wydała w ciągu miesiąca 138 rubli. Otóż „lekarz zapasu" odczuwa wszystkie luki i braki tej biurokratycznej kancelaryjnej medycyny i występuje wszędzie jako prawdziwy przyjaciel chorego, starając się wywalczyć za pomocą całego tego uznanego arsenału środków i praw możliwie najwyższą sumę dobra dla żołnierza.

Muszę zaznaczyć tę dziwną rolę „lekarza rezerwy" w społeczeństwie. Podczas pokoju — bezpłatny robotnik po szpitalach, wolny najmita—w rozmaitych instytucyach, zawsze wyzyskiwany, pracą mięśni i mózgu ledwie zarabiający na utrzymanie rodziny, i—podczas wojny—najgorzej płatny z grona oficerów, narażony narówni z nimi jako lekarz pułkowy na wszelkie niewygody pochodu, zawsze zjawia się jako przyjaciel cierpiących, jako druh żołnierza, przynoszący mu ulgę w cierpieniu, niestrudzony, gdy chodzi o pomoc innym, zapominający o sobie i swoich, prawdziwy nowożytny samarytanin. Powiecie, że to niesłuszne dytyramby, że mówię *pro domo mea*.

Nie!

Nam tu, w tym kraju niegościnnym, gdzie ptaki bez śpiewu, kwiaty—bez zapachu, kobiety — bez serca, dziwnie smutno, strasznie tęskno, zimno na ciele i na duszy, ale względnie wygodnie. Mówię w imieniu tych, którzy pod gradem kul robili pierwsze opatrunki, mówię w imieniu tych, którzy ginęli na okrętach poćwiertowani granatami, i tych, którzy sparaliżowani leczą się z porażeń, otrzymanych pod Wafangou, Tiurenczeniem, Daszicao, Laojanem; mó-

wię w imieniu kolegów, którzy podczas czterdziestostopniowego mrozu odbywali końmi podróże tysiące wiorst; mówię za tych, którzy już wrócili, zmarnowawszy zdrowie, z reumatycznemi wadami serca, i w imieniu tych, którzy nie wrócą wcale.

Zapytuję śmiało: jaka to warstwa inteligencyi naszej jest tak nędznie wynagradzana, a tak narażana, jak my? Zastanówcie się, osądźcie sprawiedliwie, a prawdopodobnie dziwić się będziecie razem ze mną.

Z poza piekła i gromu, z poza huku armat, z poza wrzawy wojennej słychać już coraz donioślej, coraz wyżej i wyżej wznoszący się pod niebiosa głos lepszej myśli!

Potężny ruch umysłów płynie wartkim, szerokim strumieniem. Wpatrzeni w tę różową jutrznię, wyłaniającą się z poza pożarów i krwi ludzkiej, raźniej znosimy najcięższe ofiary." (Kur. Warsz.)

II.

„W farmakopei szpitali wojskowych brak wielu środków niezbędnych. Brak Tincturae opii, maści przeciw wypryskom, niema przyrządów do robienia pigułek, niema kreozotu, gwajakolu, niema maści przeciw świerzbie i niema jej z czego przygotować, brak wielu środków nasercowych i t. d. W ciągu całego lata nie było zupełnie oleju rącznikowego! W ciągu całego lata wszystkie szpitale charbińskie błagały o ten olej; zamiast żądanego np. puda przysyłano jeden funt ze składu. Działo się tak: skład miejscowy telegrafował do Petersburga, prosząc o 2.000 funtów ol. ricini; po dłuższym czasie nadeszło zapytanie: co jest powodem tego żądania; trzeba było napisać obszerny referat i posłać do Petersburga; po 4 miesiącach przysłano ...100 funtów.

Wielu niezbędnych rzeczy brak, zbytecznych zaś mamy w ilości niebywałej. Brak bandaży muślinowych, jednocześnie zaś wszystkie kąty szpitali są zapchane bandażami gipsowymi. Jeśli się żąda 100 bandażów muślinowych—otrzymuje się 25 muślinowych i 75 gipsowych; to też zawsze zamiast 100 żądaliśmy 400 muślinowych. Dla pociągu sanitarnego z 1000 (tysiącem) ranionych przysłano bandaży gipsowych 90 i muślinowych 10 (dziesięć).

Ratowaliśmy się pożyczkami z Czerwonego Krzyża i ze składów specyalnych imienia Najjaśniejszej Pani; ale władze wojskowe uznały, że takie postępowanie kompromituje ministeryum wojny i zabroniono nam przyjmowania jakichkolwiek przedmiotów z instytucyi wymienionych".

— 11 — Ilość lekarstw zużytych przez Japończyków podczas wojny do dnia 1 października 1904. wynoszą, według Pharm. Ztg.:

Antifebrini 2009 kg., Antipyrini 1350 kg., Ac. borici 10000 kg. Bismuthi 17000 kg., Chloroformü 6000 kg. Cocaini 54 kg. Chinini 1350 kg., Cort. Chinae 10000 kg., Pulv. Doweri 10000 kg., Formaldehid 3500 kg., Jodoform 2500 kg., Calomel 1500 kg., Kreosot 25000 kg., Morphinum 90 kg., Natr. salicyl. 25000 kg., Empl. adhaesivi. 27500 metr.

— 12 — Sprawa d-ra Zabusowa z gen. Kowalewem, piszą „Nowosti!" nabrała poważnego znaczenia społecznego, albowiem w niej, jak w zwierciadle, odbiło się z jednej strony bezprawne położenie obywatela Rossyi w stosunku do osób uposażonych we władzę, a z drugiej strony zasadnicza treść starego przysłowia rosyjskiego: „z silnym nie wódź się po sądach".

Generał Kowalew—to typowy przedstawiciel średniej władzy w Rosyi, uważający niewiadomo dla czego gwałt za jeden z atrybutów swego urzędu, urzędnik, nie czujący nad sobą kontroli. To, co w oddalonych zakątkach Rosyi wyprawiają niekiedy „uriadnicy" i „stanowyje", poczytując to za przynależne im prawo, to samo wyprawiał gen. Kowalew w Aschabadzie. Jak zaś dalece gen. Kowalew był przekonanym o bezkarności swego przestępstwa, dowodzi, że postarał się wezwać świadków na wypadek, gdyby ofiara postanowiła w przyszłości zaprzeczyć faktowi znęcania się nad nią.

Okazuje się bowiem, że gen. Kowalew zawsze miał przy sobie odwiedzającego go Samachnienkę, pragnąe mieć podczas egzekucyi rzeczoznawcę z pośród ludu, aby gwałtowi swemu nadać pozory legalności

W samej rzeczy historycznym rysem narodu rosyjskiego jest: „chrześciańska pokora" i dr. Zabusow powinien był w pokorze znieść napomnienie władzy, a następnie nawet zaprzeczyć faktowi. Otóż dla tego gen. Kowalew postarał się o świadka, aby urzędownie zaregestrować swój czyn. Ciekawa kwestya, dlaczego gen. Kowalew, jeżeli się czuł obrażonym przez d-ra Zabusowa, nie wystąpił osobiście przeciw niemu, lecz użył do tego podwładnych swych? Być

może, fakt ten objaśni ta okoliczność, że dr. Zabusow, jako członek klubu atletów, jest bardzo silny. Dlatego też gen. Kowalew usiłował przedewszystkiem spoić swoją ofiarę, albowiem nawet w otoczeniu 7-iu kozaków nie czuł się jeszcze wobec niego bezpiecznym.

W ten sposób z zupełnem bezpieczeństwem gen. Kowalew odegrał pierwszą część dramatu p. t. „dr. Zabusow", znęcając się nad ciałem swej ofiary, którą wyrzucić kazał. Drugi akt był znęcaniem się nad jej duszą.

Byłoby omyłką widzieć w gen. Kowalewie wyrzutka rodzaju ludzkiego. Nie, to tylko normalny produkt istniejącego porządku rzeczy. Gen. Kowalew nie przewidział dalszego biegu wypadków. Obywatel rosyjski nie jest już tak „pokornym" i prasa otrzymała większą swobodę.

Społeczeństwo milczało wszelako przez 8 miesięcy, oczekując na sąd. Wypadek zaszedł w marcu, a sprawa dostała się do głównego sądu wojennego dopiero w październiku. Opóźnieniu winien był Samochnienko, którego również chciano oddać pod sąd za współudział w przestępstwie. Okazało się wszelako, że gen. Kowalew zatrzymał go przemocą, a więc nie może być sądzonym.

Pozostawało więc oszczędzić tylko generała.

Sąd nad generałem—sprawa zawiła. Gen. sądzić może tylko stały sąd wojenny, a takich sądów niema w Turkiestanie, za wyłączeniem Taszkentu, gdzie mogłyby na korzyść gen. Kowalewa wywrzeć nacisk władze miejscowe, przychylne Kowalewowi, więc dla bezstronności przeniesiono go do Tyflisu, biorąc przy tem pod uwagę, że kozacy, którzy znęcali się nad dr. Zabusowem, powrócili na Kubań. W celu prawidłowego rozpatrzenia sprawy postanowiono wzmocnić sąd przez dodanie jeszcze jednego prawnika wojennego.

Tym sposobem gen. Kowalewa sądziło 7 sędziów: 4 generałów zwyczajnych i 3 generałów prawników (audytorów).

Dotychczas wszystko w porządku; lecz później zaszło parę dziwnych wypadków.

Przez pomyłkę prośba adwokata przysięgłego Chunina, obrońcy Zabusowa, pozostawiona została w Petersburgu, zamiast wysłania jej z aktami całej sprawy do Tyflisu.

Jeszcze dziwniejszem się wydaje, jakim sposobem prokurator wojenny nie postarał się o wezwanie dr. Zabusowa przed sąd. Wszak takie wezwanie zależy wyłącznie od prokuratoryi i wprost staje się niepojętem, dlaczego prokurator nie uznał za stosowne wezwać przed trybunał sędziowski najważniejszego ze świadków, bo pokrzywdzonego.

Prawda, istnieje przepis prawa, na mocy którego, jeżeli świadek mieszka dalej niż 300 wiorst od miejsca sądu i jeżeli sąd uznaje zeznanie jego za niezbyt ważne, to można takiego świadka nie wzywać wcale do stawiennictwa.

Uznawać zeznanie pokrzywdzonego za nieważne chyba nie sposób. Koszty przejazdu świadka również nie mogły grać roli, albowiem sam przejazd generałów do Tyflisu kosztował rząd przeszło 7 i pół tysiąca rubli.

Sprawę sądzono przy drzwiach zamkniętych, prawdopodobnie w celu przestrzegania „dyscypliny wojskowej". Na sądzie odczytywano listy gen. Kuropatkina, Sobletina i Ussakowskiego.

O ile listy te dotyczyły służby i prowadzenia się podsądnego, o tyle uważano je za dokumenty prawne, lecz w tej części, gdzie mieściła się prośba o względy dla podsądnego, były przeciwnemi prawu.

Jaki wpływ wywarły one na sąd ocenić niepodobna.

Dlaczego sąd nie uznał faktu znęcania się bez wysłuchania zdania ekspertów, którzy dwa razy przyznali znęcanie się—wyjaśnić trudno.

Sąd uznał gen. Kowalewa winnym ciężkiego pobicia, lecz pozbawionego charakteru znęcania się, i nadużycia władzy; za pobicie gen. Kowalew został skazany na więzienie z pozbawieniem niektórych praw, za nadużycie władzy na usunięcie ze służby i pozbawienie rang.

Wyższa kara pochłonęła niższą i gen. Kowalew skazany tylko został na usunięcie go ze służby z pozbawieniem rang. Drugą część kary darował mu Najwyższy Manifest.

O wyroku sądowym dr. Zabusow dowiedział się dopiero z gazet...

Obecnie wskutek oburzonej opinii publicznej termin do zaniesienia skargi kasacyjnej przywrócono dr. Zabusowi. Generał Kowalew może być jednak spokojny, albowiem na mocy 1046 art. kara przy powtórnem sądzeniu sprawy nie może być powiększoną, jeśli nie było protestu ze strony prokuratora.

Dramat „dr. Zabusow“,—kończą „Nowosti“—zbudowany jest wedle wszelkich prawideł starożytnej tragedyi, w której głównym czynnikiem jest fatum, a tu „prawo przyczynności“. Są też dwaj bohaterowie Kowalew i sąd, i dwie ofiary: dr. Zabusow i społeczeństwo rosyjskie. Rolę chóru wykonywa prasa.“

Takim był w streszczeniu referat dr. Marguliesa przeczytany w Petersburgu w towarzystwie lekarzów szpitalnych.

Towarzystwo wysłało do dr. Zabusowa telegram z wyrażeniem współczucia. Takąż depeszę wysłała i publiczność, tłumnie zgromadzona na sali.

W ostatnich dniach podały pisma codzienne wiadomość, że sprawa Dr. Zabusowa będzie wkrótce powtórnie rozpatrywana.

Byłby to niewątpliwy tryumf opinii publicznej, która ocknęła się z letargu.

— 13 — W sprawie, czy liczy się do rezerwy lekarz, który wyszedł z lat rezerwy, lecz nie podał prośby o dymisyę, *Prawo* daje wyjaśnienie następujące: „Określonego wieku, po dojściu do którego lekarze przestają należeć do rezerwy, prawodawstwo wogóle nie zna. Stosownie do § 80 ustawy o pow. wojsk. lekarze należą do obowiązkowej rezerwy w ciągu 18 lat, przyczem, według wyjaśnienia senatu, termin ten liczy się nie od dnia dojścia do wieku poboru, lecz od daty postanowienia urzędu wojskowego o zaliczeniu do rezerwy; t. j. dla tych, którzy uzyskali zwłokę dla ukończenia nauk, dopiero po tem ukończeniu. Wobec tego wiek ów może się wahać w granicach 39 i 45 lat, a nawet więcej, o ile postanowienie o zaliczeniu do rezerwy z jakichbądź powodów zapadło po dojściu do 27 roku życia. W każdym zaś razie, na mocy I uwagi do § 296 ust. o pow. wojsk., lekarze, po upływie terminu rezerwy obowiązkowej, jeśli nie złożyli podań o wyłączenie ich z niej, należą do rezerwy dobrowolnej.“

— 14 — O stanowisku lekarzy należących do pospolitego ruszenia.

Pospolite ruszenie dzieli się na 2 kategorye; do pierwszej należą osoby zaliczone do pospolitego ruszenia z powodu nadmiaru popisowych przy poborze, do drugiej jedynacy, osoby posiadające ulgi I-go stopnia § 176 Ust. o pow. wojsk. wyd. z 1897 r. (1888 14 (5345) I cm. 154, oraz zaliczone do tej kategoryi skutkiem orzeczenia komisyi poborowej z powodu różnych chorób i kalectw.

Pospolite ruszenie I-ej kategoryi (bilety czerwone nowe) zwołuje się osobnym Ukazem Cesarskim do Senatu i 4 ostatnie lata mogą być powołane narówni z zapasem armii dla uzupełnienia szeregów armii bojowej. Pospolite ruszenie II kategoryi (bilety niebieskie nowe i czerwone stare) zwołuje Manifest Cesarski.

Lekarze, należący do pospolitego ruszenia, na zasadzie § 337 i § 338 nie mają obowiązku stawiania się w razie powołania lat odnośnych, ale są powoływani imiennie do drużyn pospolitego ruszenia z wszelkich lat, w miarę potrzeby, zaczynając od lat najmłodszych.

Wobec powyższego jasną jest rzeczą, że pogłoski o powołaniu lekarzy z pospolitego ruszenia na plac boju nie mają dotąd żadnej podstawy, lekarze tej kategoryi mogą być powołani dopiero z chwilą, gdy wyjdzie Ukaz odnośny co do powołania pospolitego ruszenia I-ej kategoryi. Najprzód będzie powołana I-sza, następnie II-ga kategorya. („Kronika lekarska“).

— 15 — Na „suprewizyi“ 16-tu lekarzy powołanych na Daleki Wschód i zwolnionych przez komisyę lekarską w Łodzi, a ponownie rewidowanych przez piotrkowską komisyę gubernialną — 3-ch skierowano dla dalszej obserwacyi do szpitala, a 9 zakwalifikowano jako zdatnych do służby.

— 16 — Konsultant szpitala wojskowego w Wilnie, Tichomirow, opisuje fakt następujący:

Przed Komisyą gubernialną stanął rekrut przysłany ze szpitala, gdzie był przez sześć tygodni pod obserwacyą, z rozpoznaniem: simulatio (neurastheniae et hysteriae). Komisya gubernialna przy badaniu stwierdziła: tuberculosis pulmonum et pericarditis tuberculosa....

— 17 — Ministeryum spr. wewn. wyjaśniło, że ani komitety policyjno-lekarskie, ani zarządy policyjne nie mają prawa wpisywać do listy prostytutek żadnej kobiety bez jej zezwolenia; jeżeli się okaże, że dana kobieta zajmuje się tajną prostytucyą, natenczas wolno ją jedynie zaskarżyć do sądu za wykonywanie przemysłu bez prawnego pozwolenia (Wracz. Gaz. № 52. 04).

— 18 — Wobec znacznych deficytów szpitali dla umysłowo chorych, otrzymujących zasiłki z funduszów podatku 5-o

kopiejkowego, ściąganego z ludności Królestwa Polskiego, władza wyższa poleciła wszystkim radom, aby nie przekraczały zatwierdzonych budżetów, ponieważ dochód z podatku 5-io kopiejkowego, wynoszący rocznie 250000 rb., może się okazać niewystarczającym na pokrycie niedoborów w latach 1904 i 1905. Na inne zaś wpływy liczyć nie można wobec ograniczenia wszelkich wydatków. („Gaz. Rad.“)

— 19 — Felietonista „Głosu“ pisze pod tytułem: „Znachorzy i znachorstwo“.

„Lekarz zna choroby nieuleczalne. Znachor chorób nieuleczalnych nie uznaje.

Lekarz zna choroby, gdzie tylko ostry nóż chirurga w krwawej operacyi może przynieść ulgę lub zdoła dotknięty zarazą organizm ocalić. Natomiast znachor stosuje w tych przypadkach niewinne okadzanie, plastry czy smarowania.

Znachorzy szkodzą, zabijają; ofiary ich bezmyślnej i występnej działalności liczą się na mnogie tysiące.

Znachorzy usypiają niepokój chorego, tamują lekarzowi przystęp do jego łoża,—bezczelnie i nikczemnie wyzyskują ciemnego nędzarza.

Ciemnota im sprzyja, nędza ich wspiera.

Nie łudźmy się, że same przez się odżegnywania czy zdrowaśki są nieszkodliwe, niewinne, że znachorzy nie imają się energicznych praktyk. Groźni są oni nie tem tylko, że leczą, ale że podstępnie, nie przebierając w środkach, walczą z wiedzą lekarską, pęcznieją kosztem krzywdy ludzkiej, łudzą i wyłudzają, oszukują i ogłupiają—i tak dość już krzywdzonych, i tak już ciemnych.

Na każde 10800 ludności Królestwa przypada jeden lekarz.

W Niemczech jeden na 2100.

A że ludzie chorują u nas nie mniej, niż w Niemczech, a zapewne znacznie i znacznie więcej,—wypada ztąd, że na jednego lekarza wypada u nas pięciu co najmniej znachorów.

Groźni są oni dla nas przedewszystkiem swą liczbą—i wpływem nad bezkrytyczną ciemnotą.

Nie łudźmy się, że wśród znachorów są sami tylko cynicy, oszuści i szubrawcy, którzy w moc cudotwórczą swych cudownych balsamów dla ciała i duszy i swoich zdrowasiek nie wierzą,—a więc biorą się do leczenia zostrożna, w poważniejszych przypadkach usuną się na stronę lub w porę umyją ręce i skryją się w cieniu. Na stu takich właśnie znajdzie się jeden szczery szermierz nieuctwa, odważny, bezwzględny, z iskrą w oku. I znajdzie się jeszcze dziewięciu prostaków, mniej przebiegłych, mniej sprytnych, ale zapatrzonych w znachorskie powagi—ci zabijają w najlepszej wierze, w pokorze ducha, dla cichej miłości bliźniego; na takich gniewać się niesposób: nie wiedzą nawet, czyjej sprawie służą, nie widzą bandytyzmu znachorów,—nie ślepcy, nie głusi, ale—słupy...

Grozi nam podobno widmo cholery ze wschodu. Jakaś kasza czy worki, czy coś podobnego. Gazeciarska zgraja znachorów zwraca się z pretensyą do tow. hygienicznego, by—przedsięwzięło środki zaradcze. A wiecie wy, że na 10.000 mieszkańców Królestwa, przypada pięć łóżek szpitalnych, gdy w krajach Europy przypada do stu łóżek.— A wiecie wy, że brak nam 15,000 łóżek szpitalnych w zwykłych, niewyjątkowych warunkach epidemji? 15,000 łóżek, aby uczynić zadość najpierwszej potrzebie?

W ciągu lat dwóch niewiele posiedzeń tow. hygienicznego opuściłem. W szeregu naszych towarzystw do najmarniejszych owo właśnie hygieniczne zaliczam. Ale przyznać muszę, że w danym razie jest ono bezsilne i poczytywałbym mu za zasługę, gdyby nie występowało z plastrem lub odżegnywaniem przeciw widmu zarazy.

Przyjdzie mór, będą ludzie marli w śmierdzących miasteczkach, nędznych wsiach, suterynach i poddaszach,—będą marli masowo, jak dziś mrą pojedyńczo, —praktyki znachorskie na nic się nie zdadzą, komitety sanitarne, bodaj pod przewodnictwem burmistrzów lub naczelników powiatu—nie są groźne dla groźnej choroby.—Więc co robić?—pyta zdumiony znachor, któremu w ciasnej mózgownicy nie może się zmieścić myśl, że są niedomagania, których smarowaniem nie usuniesz, ani—zdrowaśkami.“

—20— „Proces z powodu pochwały“. Lekarz amerykański, dr. E. Denegro Martin, zaskarżył redakcyę dziennika »Daily Pirayune« w Nowym Orleanie, ponieważ pochwalała jego działalność. W artykule jest mianowicie opis operacyi, dokonanej przez dra Martina i wielkie pochwały ze strony rodziców operowanego. Dr. Martin domaga się wynagrodzenia 10,000 dol., gdyż, jak twierdzi, takie artykuły, pomieszczane zwykle

w pismach za opłatą przez rozmaitych szarlatanów, **dyskredytują tylko uczciwego** lekarza. Bravo! („Now. Lek.“ I).

— 21 — Na łamach „The British Medical Journal“ roztrząsano pytanie, czy wypada żonie lekarza wychwalać męża i rzucać cień na jego kolegów. Zdaniem tego pisma za podobne przewinienie żony jest moralnie odpowiedzialny mąż.

— 22 — Magistrat miasta Berlina celem rozciągnięcia większej opieki nad ssawcami urządza 4 polikliniki, w których lekarze specyaliści udzielać będą bezpłatnie porad dotyczących pielęgnowania i odżywiania ssawców, a biednym dostarczać będą mleka i środków odżywczych. Na ten cel wyasygnowano 40000 marek. Takie *„Fürsorgestelle“* urządzono już dawniej dla rakowatych w szpitalu Charité. („Gaz. Lek.“)

— 23 — Rodzina zmarłego R. Virchow'a ofiarowała miastu Berlinowi 50000 marek na walkę ze śmiertelnością dzieci. („Gaz. Lek.“).

— 24 — Jak donosi „Przegląd lekarski“ W Zakopanem zanosi się na poważne innówacye. Długie lata niepewności, powątpiewania i tymczasowości zdaje się niepowrotnie minęły. Komisya klimatyczna uznała, że w dzisiejszym stanie dalszy rozwój Zakopanego zależy tylko od wzorowych urządzeń hygienicznych, dających chorym i turystom warunki zdrowia, wygody, przyjemności i opieki. Najważniejsza innowacya — wodociąg — jest w przededniu urzeczywistnienia; z początkiem roku 1905 gmina przystępuje do jego budowy i ma przekonanie, że już w sezonie letnim goście dostaną wyborną górską wodę. Druga inowacya, idąca w parze z wodociągiem, jest kanalizacya spławna: do urzeczywistnienia tego zarządzenia Komisya klimatyczna przygotowuje plany i kosztorysy, rozważa stronę finansową przedsiębiorstwa i po zaprowadzeniu wodociągów zabierze się do jej budowy. W planie regulacyjnym Komisya klimatyczna zajmuje się wytyczeniem nowych ulic, a w dalszym ciągu wydaniem przepisów budowlanych, ewidencyą mieszkań do wynajęcia, uznanych przez Komisyę za odpowienie. Cofając się przed wielkim kosztem budowy dworca gościnnego, postanowiła Komisya wystawić wielki żelazny kryty deptak w połączeniu z czytelnią, biblioteką i zakładem picia wód mineralnych. W dalszym ciągu dąży Komisya klimatyczna do lepszego oświetlenia Zakopanego, a jeśli gmina doprowadzi do skutku oświetlenie elektryczne, to Komisya poprze te usiłowania finansowym udziałem. Dalsze urządzenia, zamierzone przez Komisyę, dotyczą już nie inowacyi, ale polepszenia i wydoskonalenia dotychczasowych zarządzeń. Przystępując od słów do czynów, Komisya klimatyczna ułożyła budżet na rok 1905, który jest wyrazem i odzwierciadleniem powyżej wyłuszczonych uchwał i zamiarów.

— 25 — Na Daleki Wschód wyjechali (w ciągu dalszym):

Z Łodzi: Jakób Kohn M. Bomasz. i I. Bette.

Ig. Broniewski (z Pabianic), T. Rakowski (z Szydłowca), W. Zakrzewski (z Nasielska), W. Talko (z Sosnowca), W. Glass (z Tomaszowa Rawskiego), W. Goebel (z Żyrardowa), Z. Podziemski (ze Szczercowa), M. Gliński (z Nałęczowa), E. Arnold (z Sosnowca), Rozenman (z Lublina), S. Zalewski (z Woli Skromowskiej sędzia gminny) A. Brzeziński (z Lublina).

M. Bernstein, L. Czyżewski, I. Krantz, I. Fuchs, J. Jarzyński, N. Grünberg, J. Smoleński, J. Szpilrajn, J. Masłowski, W. Lehr, S. Pechkranc, W. Sawicki, H. Wejnkiper, A. Oberfeld, I. Reiss.—z Warszawy.

— 26 — Otrzymujemy następujący list:

Szanowny Panie Redaktorze!

Upraszam o umieszczenie na łamach „Czasopisma lekarskiego“ następującego oświadczenia:

Niniejszem uznaję, że moim postępkiem w ambulatoryum szpitalnem wyzyskałem moje stanowisko czasowo-zarządzającego tem ambulatoryum i złamałem zasady solidarności koleżeńskiej.

Przepraszam kolegów za swój postępek i składam rubli pięćdziesiąt na rzecz rodzin kolegów powołanych na Daleki Wschód.

Pozostaję z poważaniem
St. Gutentag.

Ł. d. 15. I. 05.

Wydawca: Dr. S. Serkowski. **Redaktor:** Dr. S. Sterling.

Дозволено Цензурою г. Лодзь 11 Января 1905 г.

Типографія С. Дембскаго въ г. Лодзи. Druk S. Dębskiego w Łodzi.